Rok XLIX. Kraków, dnia 5. lutego 1910. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O leczeniu krwioplucia przy gruźlicy płuc.

Podał

S. Justman (Łódź).

(Odczyt na posiedzeniu łódzkiego Towarzystwa lekarskiego d. 8. XII. 1910).

Krwioplucie przy zdrowem sercu jest wczesnym, a często pierwszym objawem gruźlicy płuc. Nieraz jest ono zwiastunem następującego potem krwotoku płucnego, czasem jednak krwotok taki zjawia się nagle, wiodąc za sobą zejście śmiertelne. Thue([1]) podaje, iż w szpitalu miejskim w Christianii zmarło od 1903 r. na 795 suchotników 13, t. j. 1·6% z powodu krwotoku płucnego, przyczem u 8 było to wogóle pierwsze krwawienie. Jeśli przyjmiemy, że krwioplucie występuje prawie u 50% chorych na gruźlicę płuc, to niebezpieczeństwo bezpośrednie nie jest wprawdzie wielkie, mimo to jednak, ponieważ krwioplucie przeraża chorego, wpływa bardzo przygnębiająco na jego psychikę, oraz wszystkie jego czynności, leczenie krwioplucia, względnie zaś możliwie szybkie jego wstrzymanie jest bardzo ważnem zadaniem. To też na brak środków z dziedziny zarówno farmaceutycznej, jak i fizycznej skarżyć się nie można. Powszechnie uznaną jest konieczność zupełnego spokoju chorego. Inna rzecz, czy ten spokój zupełny osiągnąć się daje. Chory, który doznaje uczucia duszenia się wskutek zalewania krwią większej lub mniejszej części dróg oddechowych, w najlepszym razie w części tylko spokojnym być może, kaszleć bowiem musi, by wydalić to, co duszność sprowadza, t. j. wylaną krew. Również wszyscy, ostatni zaś Downas([2]) zalecają zastosowanie pęcherza z lodem na okolicę przypuszczalnego źródła krwawienia. Lecz przedewszystkiem, miejsca krwawiącego domyślać się tylko można, wszelkie bowiem dokładniejsze badanie jest wtedy przeciwwskazane, powtóre zaś zimno, wywołując nagły skurcz naczyń krwionośnych skóry, może podziałać wprost przeciwnie, powiększając przypływ krwi do narządów wewnętrznych. Również zawodnem jest stosowanie lodu wewnętrznie. Środki t. z. ściągające, jak octan ołowiu, sześciochlorek żelaza, elixir ac. Halleri, są naturalnie zupełnie bezskuteczne, jako działające jedynie w miejscu zastosowania. Stosowanie przetworów sporyszu, styptycyny, wyciągu gorzknika (hydrastis canad.) opierało się na domniemanej analogii z krwawieniami macicznemi. Lecz przetwory te działają na mięsień macicy, przytem mięsień prawidłowy, W przypadku krwioplucia chodzi o tkankę nie zawierającą wcale, lub zawierającą bardzo mało włókien mięsnych gładkich, przytem chorobowo zmienioną, przez co zachowane jeszcze w ognisku gruźliczem włókna mięsne utraciły swą sprężystość i zdolność do skurczu pod wpływem odpowiednich środków. Jeszcze jeden czynnik niweczy ewentualne działanie wspomnianych środków, mianowicie mniejsze lub większe rozrzedzenie krwi, a przeto i mniejsza jej krzepliwość, spostrzegane stale u osobników o podupadłem odżywieniu, z jakich rekrutują się przeważnie chorzy na gruźlicę. Z tego punktu widzenia teoretycznie słusznem jest stosowanie soli kuchennej, względnie zaś żelatyny. Sól zalecana bywa w ilości $^1/_2$—1 łyżeczki od kawy »in substantia« lub z bardzo niewielką ilością wody. Wprowadzona w ten sposób sól wywoływać ma jakoby przesiąkanie surowicy do kanału pokarmowego, a więc zgęszczenie i wzmożenie krzepliwości krwi. W rzeczywistości stosowanie soli w tej ilości i postaci połączone jest z wieloma niewygodami, znacznie je utrudniającemi, a często wprost uniemożliwiającemi. Lecz nawet w przypadkach, gdzie chory szczęśliwie połknął środek, nie dostał mdłości i nie zwrócił go, działanie bardzo często zawodzi. Żelatyna, w ostatnich czasach zalecona przez Hilberta([3]), ma, stosowana podskórnie lub wewnętrznie, zwiększyć krzepliwość krwi — cel, który na innej drodze przyświecał stosowaniu soli. Lecz, pominąwszy to, że wstrzykiwanie żelatyny jest bardzo bolesne, rzeczywistość niestety nie potwierdza teoretycznych wniosków. Tenże Hilbert, widocznie nie ufając sam zbytnio żelatynie, zaleca również adrenalinę wzgl. suprareninę (1 : 1000) po 5—15 kropel 3 razy dziennie, a więc środek, zwężający łożysko naczyniowe. Wprost przeciwnie Crace Calvert([4]) stosuje azotyn amylu, którego wdychania obniżają ciśnienie krwi i mają jakoby wywoływać natychmiastowe ustanie krwotoku płucnego [1]).

Niepewność działania, a często bezowocność tych licznych, wzajem się wyłączających środków, skłoniła do stosowania środków znoszących ew. kojących kaszel. Anders([5]) podnosi bardzo pomyślny wpływ leczenia makowcem, przeciwwskazanym tylko przy bardzo obfitych krwawieniach, t. j. właśnie w tych przypadkach, gdzie wstrzymanie krwawienia rzeczywiście jest zadaniem bardzo doniosłem. Stosowanie alkaloidów makowca, morfiny, kodeiny i pochodnych

[1]) Wobec faktu jednak, że ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę jest stale obniżone, trzeba przyznać stosowaniu środków, podnoszących ciśnienie (adrenalina, naparstnica, strofantus), większą podstawę teoretyczną.

dioniny, heroiny, jest powszechnie przyjęte. Zwolennicy morfiny zalecają przy silniejszem krwiopluciu podskórne jej wstrzykiwanie w celu uspokojenia kaszlu. Wychodzą oni z mylnego założenia, że krwioplucie jest następstwem kaszlu, tymczasem rzecz się ma w istocie wprost przeciwnie: kaszel jest odruchem, mającym usunąć z dróg oddechowych ciało obce, w danym razie nagromadzoną w nich krew. Im więcej przeto krwi wylało się do światła dróg oddechowych, tem silniejszym będzie kaszel. Inny jeszcze wzgląd przemawia przeciw stosowaniu »larga manu« środków kojących przy krwiopluciu. Zwrócił nań uwagę Schroeder(6), który ostrzega kategorycznie przed stosowaniem morfiny przy krwiopluciu, gdyż przez wstrzymanie kaszlu następuje nagromadzenie się wydzieliny wzgl. krwi w płucach, aspiracya jej do sąsiednich oskrzelków, i w ten sposób w następstwie krwawienia sprawa gruźlicza rozszerza się na nowe, niezajęte dotąd części płuc. Że tak jest, przekonywają zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i doświadczenia na zwierzętach.

Gluziński(7) stwierdził, że krew, wstrzyknięta do tchawicy, może być aspirowana do oskrzelków i pęcherzyków płucnych, poczem w zrazikach płuc rozwija się sprawa zapalna. Zdaniem Stachiewicza (8), aspiracyjne zrazikowe zapalenie płuc może wywołać zejście śmiertelne, jeżeli zajmuje znaczne odcinki płuc.

Wracając do leczenia krwioplucia, proponowanego przez Schroedera, zauważymy, że jest ono przeważnie ujemne, t. j. stara się obejść się możliwie bez środków farmaceutycznych. Trzeba, zdaniem jego, przyzwyczaić chorego do opanowania kaszlu, a więc do kaszlania tylko przy obecności wydzieliny, suchy kaszel zwalczać środkami domowymi, ew. małemi dawkami kodeiny. Podawanie zimnych napojów i potraw Schroeder uważa za szkodliwe, gdyż zimno ich krwawienia nie wstrzyma, lecz zepsuje żołądek, a przeto przedłuży wyzdrowienie; dalej zaleca Schroeder ograniczenie ilości napojów dla obniżenia ciśnienia krwi i podawanie łatwo strawnych, lecz pożywnych potraw o ciepłocie zwykłej.

Jak widać, przytoczone powyżej środki są zawodne, przeto nie odpowiadają celowi, a celem tym jest zatrzymanie krwawienia z jednej strony, usunięcie krwi, wylanej z krwawiącego naczynia, z drugiej. Na zasadzie licznych doświadczeń doszedłem do przekonania, że w garbnikanie chininy mamy środek, wstrzymujący w bardzo krótkim czasie krwioplucie. Garbnikan chininy jest proszkiem gruboziarnistym, słabo rozpuszczalnym w wodzie, lepiej w wyskoku. W sokach ustroju: ślinie, soku żołądkowym i jelitowym rozpuszcza się powoli, stopniowo rozpadając się na swe części składowe: kwas garbnikowy i chininę. Jeśli wziąć trochę tego środka do ust, to w pierwszej chwili jest on zaledwie cokolwiek gorzkawy, lecz bardzo szybko uczuwa się smak wyraźniej gorzki, a prócz niego ściągający, właściwy garbnikowi. Ta właśnie szybkość, z jaką zaczyna się rozkład garbnikanu chininy, jest jego zaletą pierwszorzędnej wartości i wywołuje zadziwiająco szybkie działanie jego, wzgl. ustanie krwioplucia. Naturalnie czynnikiem działającym jest kwas garbnikowy, krążący we krwi prawdopodobnie w postaci luźnego związku z jej zasadami. Kwas garbnikowy tworzy z krwią, wylewającą się z krwawiącego naczynia, mocny skrzep, wstrzymujący nietylko krwioplucie, lecz obfitsze nawet krwotoki płucne. Że tak jest, mogłem się o tem nieraz przekonać. Przytoczę tu jeden szczególniej wymowny przypadek.

W lutym 1904 roku byłem wezwany do 20-letniego N. B. z powodu silnego krwotoku gardlanego. Po przybyciu zastałem chorego, kaszlącego często i za każdym razem odkrztuszającego sporą ilość (łyżkę stołową) krwi świeżej. Pod łóżkiem stała miednica, zawierająca dobrą szklankę wykrztuszonej krwi. Niezwłocznie zastosowany garbnikan chininy wstrzymał w przeciągu 1—2 minut krwawienie, tak że chory, który kaszlał dalej, wykrztuszał jedynie ciemne skrzepy. Morfina, zastosowana podskórnie na naleganie innego, przybyłego tymczasem lekarza, wstrzymała wprawdzie kaszel, nie przeszkodziła jednak, by chory po chwili gwałtownym ruchem oddał dużą ilość płynu czerwonego. Zdawało się nam z początku, że to powtórny, tym razem bardzo obfity krwotok płucny. Po bliższem jednak przyjrzeniu się okazało się, że chory zwymiotował zawartość żołądka, składającą się ze znacznej ilości wody (z lodu połykanego), resztek pokarmów i pewnej ilości krwi połkniętej poprzednio. Po zwymiotowaniu chory uspokoił się i odkaszliwał tylko od czasu do czasu ciemno-brunatne masy.

Fakt, że pomimo podskórnego stosowania morfiny bardzo często nie udaje się wstrzymać krwawienia, lecz jedynie można osiągnąć przez zniesienie pobudliwości ośrodka wykrztuśnego zamaskowanie krwawienia z niewątpliwą szkodą dla chorego, skłania mnie do stanowczego twierdzenia, że w wyżej podanym, jak i w szeregu licznych innych przypadków działał jedynie garbnikan chininy. Zresztą działanie tego przetworu jest tak oczywiste i dla profanów, że mam chorych, którzy dostawszy krwioplucia, proszą o niezwłoczne, jeszcze przed przyjściem do nich, zapisanie środka, a jeśli posiadają receptę, sami posyłają po niego, nie czekając mojego przybycia.

Nasuwa się pytanie, dlaczego zamiast związku kwasu garbnikowego nie zastosować samego kwasu. Otóż, stosowano go przy krwiopluciu »per se« lub w połączeniu ze środkiem kojącym, lecz powoli prawie zupełnie go zarzucono. Przyczyną tego pozornie dziwnego zjawiska jest bardzo przykry smak i zbyt silne działanie miejscowe. Pod wpływem garbnika następuje niezwłoczny prawie skurcz wszelkich gładkich włókien mięsnych, a więc i naczyniowych, uniemożliwiający wessanie się, przez co naturalnie działanie miejscowe na błonę śluzową żołądka potęguje się jeszcze; występujące po użyciu kwasu garbnikowego mdłości musiały bardzo często sprowadzać silne wymioty, pogarszające krwotok. Tych wad niema garbnikan chininy. Choć stosowałem go i stosuję bardzo często, nie zdarzyło mi się słyszeć skargi na przykry smak, mdłości, lub widzieć po nim wymioty. Jedynem jego działaniem ubocznem jest zaparcie stolca, które jednak bardzo łatwo jest zwalczyć jakimkolwiek lekkim środkiem rozwalniającym, jak laxin, regulin, kaskaryna i t. p.

Postępowanie moje w przypadkach krwioplucia jest zatem następujące. Przedewszystkiem nakazuję choremu zupełne milczenie i zachowanie spokoju w ułożeniu nawpół siedzącem, podaję 0,5 garbnikanu chininy w opłatku lub (w razie silniejszego krwotoku) bez, dbam nie o zniesienie kaszlu, lecz jedynie o pewne jego złagodzenie, nie wyłączające usunięcia krwi, wzgl. plwociny, znajdującej się w oskrzelach. W tym celu wystarcza kodeina lub dionina w dawkach 0,1—0,015, później nieco woda emska z mle-

kiem w niewielkich porcyach. Z pożywieniem każę czekać kilka godzin, po upływie których pozwalam na lekkie, nie zimne potrawy. Tego rodzaju postępowanie nie zawiodło mnie jeszcze ani razu, choć je stosuję już kilka lat.

Piśmiennictwo. 1) Norsk. Mag. f. Laegevid. 1907, Nr. 1. — 2) Brit. med. Journ., Nr 2426. — 3) Deuts. med. Wochenschr. 1907, Nr. 50. — 4) Lancet, Nr 4362. — 5) Journ. of Amer. Assoc. Nr 13, 1907. — 6) Przyt. przez Hilberta. — 7) Przegląd lekarski, 1893. — 8) Przyt. przez Biegańskiego. Wykłady o chor. zakaźn. ostrych T. II.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Opisane w streszczeniu spostrzeżenie należy do rzędu przypadków, w których zmiany w narządzie krążenia są już daleko posunięte. U naszego chorego zajmują one naczynia wieńcowe serca, a w dalszem następstwie i sam mięsień sercowy, obok tego także tętnicę główną i znaczniejsze jej gałęzie. W tętnicy głównej, w łuku, powstało już nawet tętniakowate rozszerzenie. O stopniu zmian w grubszych gałęziach tętnic obwodowych sądzić można na podstawie różnicy tętna w obu tętnicach sprychowych. Przyjąć mianowicie trzeba, w myśl badań Ziemssena[74]), że zwyrodnienie tętnicy podobojczykowej prawej jest już o tyle znaczne, że ujście tętnicy ramieniowej zostało skutkiem tego zwężone i że do tętnicy tej dostaje się mniej krwi, aniżeli do tętnicy ramieniowej lewej. Zresztą i zwykłe badanie wykazuje zmiany miażdżycowe w tętnicach obwodowych; potwierdza to i obraz tętna, utrwalony zapomocą zdjęć sfigmograficznych.

Stałe utrzymywanie się białka w moczu przy znaczniejszej jego ilości i nizkim ciężarze właściwym przemawia za t. zw. śródmiąższowem przewlekłem zapaleniem nerek (nephritis interstitialis chronica). Przyczyny tego zapalenia, które badaniem klinicznem można było stwierdzić dopiero podczas drugiego pobytu chorego w szpitalu, trzeba szukać w zwyrodnieniu tętnic nerkowych, względnie ich drobnych rozgałęzień.

Na pierwszy rzut oka sądzićby można, że cały ten przypadek nie przedstawia nic niezwykłego, że mamy przed sobą pospolitą miażdżycę tętnic i serca, spotykaną nierzadko u osób w poźniejszym wieku.

Po dokładniejszem wszakże rozejrzeniu się w objawach i przebiegu choroby nie tak trudno dopatrzeć szczegółów, które nie licują dokładnie z obrazem zwykłej starczej miażdżycy tętnic i serca.

O ile miażdżyca szerzy się nietylko w tętnicy głównej, ale i w sercu, sprowadzając w niem przez zajęcie tętnic wieńcowych zwyrodnienie włókniste, to niemal stałe zjawiają się znamiona stwardnienia samej opuszki i zastawek półksiężycowatych. W naszym przypadku nie było najmniejszych podstaw do przypuszczenia, aby zastawki uległy stwardnieniu. Czysty skurczowy ton nad tętnicą główną zdawał się wskazywać, że w ścianach jej ujścia i części wstępującej łuku, względnie na powierzchni wewnętrznej tych ścian niema znaczniejszych nierówności, i że ta część tętnicy głównej nie postradała zupełnie sprężystości.

Natomiast nieco wyżej, już w samym łuku, powstało rozszerzenie tętnicy, dające się rozpoznać zwykłymi sposobami badania fizycznego, a więc zboczenie, mające swe źródło w znacznem już naruszeniu prawidłowej budowy ścian tętnicy. Ten ograniczony rozwój zwyrodnienia trzeba tembardziej podkreślić, skoro statystyczne zestawienia, mające za cel zbadanie etyologii tętniaków, tak często mówią o kile, a o wiele mniejsze znaczenie przypisują właściwej, starczej miażdżycy. Ale nietylko w tem jednem miejscu układu tętniczego istniały bardziej rozwinięte ograniczone zmiany. Nierówność tętna w tętnicach sprychowych wskazywała, że znajdować się one muszą także w prawej tętnicy podobojczykowej, ściślej biorąc tuż przy ujściu tętnicy ramieniowej.

Ocenienie tych wszystkich szczegółów opiera się na ścisłych podstawach, uzyskanych wprost przez badanie fizyczne. Nieco trudniej mówić o samem sercu.

Podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu stanowiły najdokuczliwszy objaw choroby napady dusznicy bolesnej. Usprawiedliwiały one najzupełniej rozpoznanie miażdżycy tętnic wieńcowych. Ale po leczeniu przeciwkiłowem napady te ustąpiły i nie powróciły więcej. Z nastaniem pogorszenia doznawał chory tylko zwykłej duszności. Jest to bądź co bądź niezwykłe dla przebiegu miażdżycy tętnic wieńcowych. Napady dusznicy bolesnej w toku zwykłej miażdżycy, kiedy już raz wystąpiły, powtarzają się najczęściej stale i w coraz to krótszych odstępach czasu, nierzadko następuje śmierć wśród napadu. Zdarza się wprawdzie, że napady ustępują, ale dzieje się tak w końcowych okresach choroby, kiedy powstają objawy znużenia i bezsilności serca z następowem niewyrównaniem. W naszym przypadku był przebieg odmienny. Przyjąć więc trzeba, że w samym pniu tętnic wieńcowych niema zmian większych, sprowadzających znaczniejsze zwężenie światła naczynia, że zmiany te istnieją dopiero w drobnych rozgałęzieniach, zupełnie podobnie, jak w kilku przypadkach sekcyjnych z mojego oddziału, podejrzanych o kiłę, w których serce badano w tym kierunku. I dlatego, że tak było, że tylko część koryta tętniczego była zwężona, nastała poprawa.

Tyle co do naczyń i serca. Poznane szczegóły zwracają same przez się myśl ku kiłowemu pochodzeniu sprawy.

Poza tem istnieją jeszcze inne dane, świadczące o tem, że chory nie pozbył się zupełnie kiły. Należą do nich niezwykła niedokrwistość, twarde gruczoły, zapalenie okostnej kości piszczelowych. Ważne są one dla nas o tyle, że przy leczeniu solą jodową i rtęcią można było stwierdzić ustępowanie, względnie zmniejszanie się tych zmian. Znamienna jest zwłaszcza poprawa w składzie krwi. Wobec tego i wpływ korzystny tego leczenia na serce nabiera większego

[74]) v. Ziemssen: Deutsches Archiv für klin. Med. T. 46, str. 285.

znaczenia. Tem śmielej utrzymywać można, że był to wpływ swoisty. Nietrwałość poprawy zrozumieć łatwo, jeśli rozważymy, że nie mieliśmy przed sobą kilakowego zwyrodnienia serca, lecz zapalenie przewlekłe drobnych tętniczek z następowem zwyrodnieniem niedostatecznie odżywianych włókien mięsnych i rozwojem tkanki włóknistej. Zmian tych usunąć już niepodobna. Poza tem przyjąć jeszcze trzeba, że w układzie tętniczym rozwijała się równorzędnie ze sprawą kiłową także zwykła miażdżyca, która ze swej strony wpływa niekorzystnie na krążenie. O takiem wikłaniu się kiły z miażdżycą tętnic spotykamy w piśmiennictwie bieżącem dość częste wzmianki [75]).

II. Ivan M., l. 25, wyzn. rzymsko-katolickiego, syn kmiecia z Perina w Bośnii, przyjęty na oddział 19. maja 1909. Miał być rzekomo zawsze zdrów. Przed 3 laty w czasie służby wojskowej przebył kiłę. W późnej jesieni ubiegłego roku zaczął kaszleć, koło Bożego Narodzenia pokazywała się w plwocinie krew. Mimo to pracował, jakkolwiek doznawał przytem nieraz duszności i bicia serca. W połowie lutego 1909 dreszcze, kłucie w boku lewym, gorączka. Po miesiącu kłucie ustąpiło, gorączka zmniejszyła się, ale zdrowie i siły nie powracały. Głównie dokuczała choremu duszność, wzmagająca się po każdym ruchu, oraz bicie serca. Z początkiem kwietnia zaczął się pojawiać obrzęk około kostek, który zwolna, ale stale się powiększał. W ostatnich czasach wystąpiła puchlina brzucha. Wreszcie doszło do tego, że chory nie mógł już zupełnie chodzić i to go skłoniło do szukania pomocy w szpitalu.

Stan obecny: Budowa ciała dobra, odżywienie średnie, skóra blada, sinica miernego stopnia twarzy, palców u rąk i nóg, spory obrzęk kończyn dolnych, sięgający powyżej kolan. Na kości goleniowej prawej wyraźne zgrubienie. Czaszka symetryczna, porost włosów bardzo rzadki, na kości potylicznej po stronie lewej bolesna wyrośl kostna. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, po stronie lewej szersza. Oddech przyspieszony, nasilony. Chory nie może leżeć z powodu duszności. Po stronie lewej wysięk opłucny. Po stronie prawej w górnej i środkowej części płatu dolnego ognisko wielkości dużej dłoni ze stłumionym odgłosem opukowym i rzężeniami dźwięcznemi. Szczyty płuc zmian nie okazują. Kaszel mierny, plwocina śluzowo-ropna z przymieszką krwi.

Ruchy serca faliste, słabe; uderzenie końca serca rozlane, nie da się dokładnie oznaczyć. Stłumienie serca rozpoczyna się na III. żebrze, ku stronie prawej sięga do linii środkowej ciała, od strony lewej zlewa się ze stłumieniem, pochodzącem od nagromadzenia płynu w worku opłucnym. Tony serca słabe, głuche, ale czyste. Tętno nieregularne, bardzo słabo napięte, liczba tętna około 120 (ryc. 5). Brzuch dość znacznie wysklepiony, przy wstrząsaniu powłok brzusznych chełbotanie. Wątroba macalna; zwłaszcza płat lewy bolesny, o brzegu zaokrąglonym; na powierzchni wątroby, nieco na lewo od linii środkowej, wyniosłość guzowata, bardzo tkliwa na ucisk. Brzegu śledziony wymacać nie można. W jamie brzusznej mierna ilość wolnego płynu. Mocz wysycony, zawiera ślad białka. W osadzie moczany i pojedyncze nabłonki z dróg moczowych.

Wobec znacznej duszności i słabego tętna wstrzyknięto choremu 3 ctm.^{3} olejku kamforowego i wykonano jeszcze tego samego dnia przekłucie klatki piersiowej w celu opróżnienia lewego worka opłucnego z płynu. Płyn ten w ilości przeszło 3 litrów, surowiczy, mętnawy, posiadał ciężar właściwy 1019, zawierał 2% białka, w osadzie ciałka wysiękowe i śródbłonki.

Równocześnie podano choremu napar z naparstnicy (1·5: 200) z kofeiną i zalecono chłodnik na okolicę serca.

[75]) Por. v. Dühring l. c.

Rozpoznanie choroby wymagało w tym przypadku rozważnego namysłu i dłuższego spostrzegania. Z pominięciem tej części wywiadów, w której chory wspominał o krwiopluciu i przypadłościach ze strony serca, pojawiających się już na kilka miesięcy przed wybuchem choroby gorączkowej, możnaby było uczynić punktem wyjścia dla ocenienia obecnego stanu chorego zapalenie opłucnej po stronie lewej. Równoczesne objawy osłabienia serca dałyby się wytłómaczyć przesunięciem i uciśnięciem serca, ewentualnie także możliwem zapaleniem osierdzia, z wytworzeniem zrostów między blaszkami osierdzia, oraz między osierdziem i otoczeniem, przez co swoboda skurczów serca w wyższym stopniu cierpiećby musiała. Wyjaśniałoby to dostatecznie osłabienie i niesprawność serca z następowem niewyrównaniem i zastojem w krążeniu. Gdyby tak było istotnie, w takim razie po opróżnieniu worka opłucnego nastać powinna była doraźna poprawa, a przypuszczalne zrosty ujawnić się do tego stopnia, że badaniem fizycznem



Ryc. 5.

możnaby je było wykazać. W istocie rzeczy poprawa nie była znaczna, a ruchomość serca przy zmianach położenia okazała się prawidłowa; nigdzie nie było przy tem słychać tarcia osierdnego. Rozpoznanie zapalenia worka sercowego, względnie rozległych zrostów osierdnych, musiało upaść samo przez się.

Natomiast wywiady mówiły wyraźnie, że jeszcze przed zapaleniem opłucnej pojawiła się duszność, że w plwocinie pokazywała się od czasu do czasu krew. Badanie wykazywało zgęszczenie miąższu płucnego w niezwykłem miejscu, przy równoczesnym braku jakichkolwiek zmian w szczytach płuc i przy zupełnie prawidłowej ciepłocie ciała. Przy obmacywaniu wątroby wykryto nierównomierne powiększenie tego narządu, a nadto guzowatą bolesną wyniosłość. Twarde gruczoły chłonne, wyrośl kostna na czaszce, zgrubienie okostnej kości piszczelowych w połączeniu z wywiadami, upewniały o przebytej kile, a równocześnie wskazywały, że zakażenie kiłowe jeszcze nie wygasło. Za kiłą przemawiał także skład krwi. Znaleziono hemoglobiny 65%, c. właśc. krwi 1.045, c. czerw 3,635.000, c. b. 11.280, w preparatach barwionych c. neutrochłonnych 55%, limfocytów 32%, przejściowych 5%, eozynochłonnych 8%.

Przy leczeniu, o którem wspomnieliśmy wyżej, stan serca zmienił się niewiele. Wprawdzie w pierwszych dniach po nakłuciu klatki piersiowej podniosła się za sprawą naparstnicy i kofeiny ilość moczu i zmniejszyły się nieco obrzęki, ale powiększenie serca nie ustąpiło, a po odstawieniu leków sercowych pogorszył się stan doraźnie. Ta mała skuteczność leków sercowych i moczopędnych u człowieka młodego, zakażonego niewątpliwie kiłą, musiała zwracać uwagę i zmuszać do przypuszczenia, że w mięśniu sercowym toczy się sprawa na tle kiłowem. Gdy zaś kilkakrotne badanie plwocin wykazywało stale brak prątków

gruźliczych, szczepienie tuberkuliny na skórze nie wywoływało odczynu, przebieg ciepłoty był prawidłowy i na tych podstawach wyłączyć można było gruźlicę płuc, nabierało przypuszczenie kiły płuc wielkiego prawdopodobieństwa. Wobec tego trzeba było skłonić się do uogólnienia rozpoznania kiły i rozciągnięcia go na wszystkie trzy narządy: na płuca, wątrobę i serce.

W myśl tego rozpoznania zalecono jodek potasu i wcierania maści rtęciowej.

W dniu 8. czerwca 1909, kiedy rozpoczynano powyższe leczenie, przedstawiał się stan chorego znów w gorszem świetle. Ilość moczu wynosiła tylko 600 ctm.³ na dobę, białko, które na krótki czas zniknęło, pojawiło się znowu. Duszność wzmogła się. W tkance podskórnej kończyn dolnych i w brzuchu przybyło płynu przesiękowego. Uderzenie końca serca przekraczało dość znacznie linię sutkową lewą, rozmiary stłumienia serca utrzymywały się w dawnych granicach. W plwocinie pojawiała się prawie codziennie domieszka krwi.

Wpływ leczenia przeciwkiłowego uwydatnił się już po tygodniu. Ilość moczu wzrosła ponad 2 litry, duszność zmniejszyła się bardzo znacznie, tętno zwolniało i stało się silniejszem, z plwociny znikła zupełnie krew. Równocześnie z tem ustępować zaczęły szybko obrzęki.



Ryc. 6.

Do 10. lipca otrzymał chory 30 wcierań po 3 gr maści rtęciowej i wyżył około 50 gr jodku potasu. Stan jego był w tym dniu następujący: Oddech spokojny, duszność nie pojawia się nawet przy chodzeniu. Poruszalność klatki piersiowej mniejsza po stronie lewej u dołu. Nad dolnemi częściami odgłos przytłumiony, szmery oddechowe bardzo słabe. Dawne przytłumienie odgłosu po stronie prawej z tyłu na mniejszej, aniżeli poprzednio. przestrzeni, wdech w tem miejscu nieoznaczony, rzężenia bardzo nieliczne, drobne, trzeszczące. Kaszlu niema. Ruchy serca dość silne, uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu nieco poza linią sutkową. Stłumienie serca: górny brzeg IV. żebra, linia mostkowa lewa, uderzenie końca serca. Tony czyste. Tętno około 80, zawsze jeszcze niemiarowe, średnio napięte (ryc. 6). Wątroba niebolesna, twardsza, w miejscu dawnej guzowatej wyniosłości płaska, twarda powierzchnia. Obrzęków nigdzie niema. Mocz z ostatniej doby w ilości 1500 ctm³, o. c. wł. 1016, prawidłowego składu.

Szpital opuścił chory 12 lipca: nie bawił jednak w domu długo. Już 10. sierpnia zgłosił się ponownie, podając, że z początku miał się wcale dobrze, skoro jednak zaczął nieco ciężej pracować, pojawiła się duszność i bicie serca, oraz obrzęk około kostek.

Badanie wykazywało nagromadzenie płynu w lewym worku opłucnym, mierny obrzęk goleni, nieco wolnego płynu w brzuchu. Uderzenie serca słabe, stłumienie sięga ku stronie lewej poza linię środkową, ku górze do III. żebra, od strony lewej nie daje się odgraniczyć. Tętno 204, nieregularne, słabe.

Leczenie: jodek potasu, strofantus.

11. sierpnia przekłucie klatki piersiowej i wypuszczenie płynu, w ilości 1·1 litra, o c. wł. 1020, z 1·4% białka. Poprawa następuje rychło. Wydzielanie moczu obfite, rozszerzenie serca zmniejszyło się już na trzeci dzień o tyle, że rozmiary serca były takie same, jak w dniu 10. lipca. Duszność ustąpiła, obrzęki znikły po 4 dniach zupełnie. Chorego przetrzymano do 9. września pomimo, że już po 10 dniach od przyjęcia domagał się wypuszczenia ze szpitala. Stan jego był w tym czasie zadowalniający. Odżywienie poprawiło się znacznie, skóra nabrała prawidłowej barwy, w narządzie oddechowym poza zrostami opłucnymi po stronie lewej i włóknistem zwyrodnieniem płuca prawego z tyłu w okolicy i poniżej wnęki zmian nie było. Serce uderzało nieco silniej. Rozmiary stłumienia ku stronie lewej wykraczały poza granice prawidłowe, w pewnej części zapewne skutkiem zwyrodnienia włóknistego opłucnej po przebytem zapaleniu. Tony były czyste, głośne. Tętno posiadało te same cechy, które widoczne są na ryc. 6, niemiarowość utrzymywała się, jakkolwiek napięcie tętna i wysokość pojedynczych fal jego były wyraźnie większe. Wątroba nieco zbitsza.

Na podstawie długiego, prawie 4 miesiące trwającego spostrzegania, można dokładnie rozebrać przebieg choroby w tym przypadku. Początek jej odnieść trzeba do jesieni r. 1908. Wtedy powstały zmiany kiłowe w płucach, w wątrobie i w sercu. Co do pierwszych dwóch narządów, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że były to kilaki, względnie (w płucach) naciek kilakowy. Trudniej rozstrzygnąć istotę sprawy kiłowej w sercu. Przez analogię przyjąćby wprawdzie można, że była ona taka sama, jak w tamtych narządach, ale przebieg i zejście choroby nie przemawiają za tem przypuszczeniem i raczej domyślać się trzeba, że siedliskiem jej były naczynia wieńcowe. W lutym 1909 dostaje chory zapalenia opłucnej z wysiękiem. Przyroda jego mogła być również kiłowa, za czem przemawiał przebieg, zgadzający się z opisami kiłowego zapalenia opłucnej, podanymi przez tych autorów, którzy mieli sposobność spostrzegać więcej przypadków takiego zapalenia (Smurra [76]). Choroba, nieleczona, przewleka się. Serce, poprzednio już chore, wystawione na dalsze niekorzystne wpływy, nie może podołać pracy, słabnie coraz bardziej, rozwija się obraz znużenia serca i niewyrównania w krążeniu bardzo znacznego stopnia. Leki sercowe i moczopędne poprawiają stan serca tylko przemijająco. Dopiero, kiedy pod wpływem leczenia przeciwkiłowego ustąpiła część zmian kiłowych, nastaje poprawa znaczniejsza i trwalsza. Nowe pogorszenie wywołuje nieoględność chorego, wywołująca znużenie chorego serca. Powtórne leczenie w szpitalu usuwa złe skutki, serce wzmacnia się na nowo, a nawet dosadniej, aniżeli za pierwszym razem. Ten właśnie szczegół poczytać trzeba za nader ważny. Świadczy on o tem, że w sercu odbywało się »gojenie« zmian kiłowych, i to gojenie w obrębie rozgałęzień tętnic wieńcowych, tych mianowicie, w których zmiany kiłowe mogły się jeszcze cofnąć, gdzie nie doszło do zbliznowania ścian. Gdybyśmy przyjęli, że w sercu powstał naciek kiłowy lub potworzyły się kilaki, to przy objawach tak znacznego osłabienia serca trzebaby przypuścić, że stopień i rozmiary tych zmian bardzo były znaczne. Jeśliby zaś tak było, to ustąpienie ich mało wydaje się prawdopodobne. Blizny, jakie się w takich razach tworzą, muszą być również rozległe, a wtedy serce nie odzyskałoby było w tym stopniu sprawności.

Według Quinckego [77]) mogą wprawdzie kilaki ulegać zupełnemu wessaniu, ale dzieje się to tylko wtedy, kiedy

[76]) Smurra: Archiv für Derm. u. Syphilis T. 25, str. 1021.
[77]) Quincke: cyt. pod. Runeberga l. c.

są bardzo małe. W każdym razie o wiele jest zrozumialsze, jeśli w przypadkach kiły serca, wcześnie rozpoznanej i przebiegającej pomyślnie, dopatrywać będziemy anatomicznego tła w naczyniach. Nietylko bowiem cofanie się zmian kiłowych w naczyniach posłużyć może do wytłómaczenia poprawy, ale także zastępczy obieg krwi zapomocą połączeń naczyniowych (anastomoz). Istnienie i znaczenie tych połączeń nie może dzisiaj ulegać wątpliwości wobec dokładnych badań anatomicznych i doświadczeń na zwierzętach, wykonanych przez Hirscha i Spalteholza[78]).

Przypadek III. należy, w przeciwieństwie do poprzednich, do rzędu spostrzeżeń, w których zmiany kiłowe serca są dopiero nieznaczne. Możemy go streścić bardzo krótko.

Sretan N., lat 19, wyznania prawosławnego, syn kmiecia z Vardišta koło Višegradu, przyjęty na oddział 7. września 1909.

Ważniejszych chorób miał nie przebywać. Trypra nie miał nigdy. Zapytany o kiłę, odpowiedział, że nie wie, co to za choroba. Odpowiedzi na pytanie co do zwykłych objawów kiły dały również wynik ujemny. Od roku nie może tak pracować, jak przedtem, doznaje przy pracy duszności i bicia serca. Przed dwoma miesiącami przy koszeniu siana dostał napadu gwałtownego bicia serca z dusznością i bolem w klatce piersiowej. Wkrótce potem zauważył obrzęk około kostek. Te przypadłości sprowadziły go do szpitala.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany i odżywiony. W przeciwieństwie z tem skóra i błony śluzowe blade. Gruczoły karkowe, pachowe, w przegubach łokciowych i w pachwinach powiększone, twarde, niebolesne. Na obojczyku prawym zgrubienie, przy ucisku bolesne. Zresztą klatka piersiowa zupełnie prawidłowa. W narządzie oddechowym oprócz miernego nieżytu oskrzeli, żadnych zmian wykazać nie można. Uderzenie serca na znaczniejszej przestrzeni; uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu, około 2 ctm poza linią sutkową. Stłumienie serca rozpoczyna się na górnym brzegu IV. żebra, przekracza linię mostkową lewą, dochodząc prawie do linii środkowej, ku stronie lewej sięga około 2 ctm poza linię sutkową. I. ton nad końcem serca niezupełnie czysty. II, ton nad tętnicą główną i płucną głośniejszy, ale bez właściwego przycisku. Tętno nieregularne, dość słabo napięte, liczba tętna 104. Brzuch płaski, wątroba o brzegu lekko zaokrąglonym, bolesna. Około kostek obrzęk podskórny małego stopnia. Ciepłota ciała prawidłowa. Mocz ciemniejszy o c. wł. 1024, białka nie zawiera.

Znalezione przy badaniu chorego szczegóły składały się, po uwzględnieniu wywiadów, na obraz, znany z opisów przypadków znużenia serca po pracy. U człowieka zdrowego nie powstaje tego rodzaju znużenie tak łatwo. Trzeba na to przedewszystkiem znaczniejszych wysiłków jednorazowych, albo istotnego »przepracowania« w niekorzystnych warunkach.

W naszym przypadku nie było podstaw do przyjęcia doraźnego lub więcej przewlekłego, ściśle roboczego znużenia serca; kośba nie wymaga wytężenia sił, a uwzględniwszy powolne tempo, w jakiem pracuje tubylcza ludność wogóle, a wieśniacy w szczególności, tembardziej odrzucić trzeba myśl o wyczerpaniu serca z tego powodu. Jeśli mimo to powstały objawy znużenia serca, to musiała przyczyna leżeć nie poza chorym, ale w nim samym, w jego sercu. I godzi się takie przypuszczenie najzupełniej z wywiadami, które mówią, że już rok przeszło istniały znamiona osłabienia serca. Chodziło tylko o poznanie tła tego osłabienia. Wywiady nie nadają się tutaj do rozjaśnienia sprawy w kierunku pozytywnym, ale służą do tego, aby na ich podstawie wyłączyć jako przyczynę małej sprawności przebyte choroby zakaźne, po których rozwijać się może t. zw. miąższowe toksyczne zapalenie mięśnia sercowego. Dobra budowa ciała i dobre odżywienie wyłączały także słabość serca, jaka towarzyszy osłabieniu ogólnemu. Nie pozostawało nic innego, jak zwrócić się do tych szczegółów z badania, które uzasadnionem czyniły podejrzenie, że chory nasz uległ zakażeniu kiłowemu i że to zakażenie stało się przyczyną zmian w mięśniu sercowym.

Wobec tego zwrócono się do leczenia przeciwkiłowego i podano jodek potasu w dawkach średnich (4·5 grm dziennie). Skutek był widoczny już po 10 dniach. Rozmiary serca zmniejszyły się, tętno nabrało większej siły, stało się równiejsze i rzadsze, nawet, jak na młody wiek chorego za rzadkie, wynosiło w spokoju 60—64 uderzeń w minucie; obrzęki około kostek ustąpiły zupełnie, wątroba wróciła do stanu prawidłowego. — Po trzech tygodniach tego leczenia domagał się chory natarczywie, aby go wypuścić do domu, gdyż czuje się zdrów zupełnie i to w tym stopniu, jak nigdy nie był w przeciągu ostatniego roku. Przy badaniu nie można było istotnie wykryć w sercu jakichkolwiek nieprawidłowych objawów. Jedynym szczegółem, który zwracał uwagę, było stałe zwolnienie ruchów serca i niezupełna miarowość tętna.

IV. Bardzo podobny do opisanego przypadek spostrzegałem przez szereg tygodni w praktyce prywatnej. Dotyczył on młodego, 28-letniego człowieka, porucznika piechoty. Chorego badałem poraz pierwszy w połowie maja 1909 r. Z wywiadów dowiedziałem się, że przed 5 laty przebył kiłę z łagodnym przebiegiem; ważniejszych chorób nie przechodził ani przedtem, ani potem. Na wiosnę 1908 roku pojawiły się przypadłości ze strony serca w postaci napadowego bicia serca i miernej duszności przy ruchach. Równocześnie doznawał chory bolów i zawrotów głowy. Po leczeniu kąpielowem w Lippiku w Slawonii, połączonem z zażywaniem soli jodowej, przypadłości te ustąpiły. W kwietniu 1909 r. po dłuższym spacerze w liczniejszem towarzystwie, bynajmniej jednak nie forsownym, napad duszności z bolem w okolicy serca i kołataniem serca, wkrótce potem drugi taki napad po przejażdżce konnej. Na trzeci dzień po drugim napadzie wykazywało badanie:

Budowa ciała i odżywienie dobre, skóra blada, na grzbiecie i na ramionach kilka blizn po osutce kiłowej. Na karku, pod pachami i w przegubach łokciowych, oraz w pachwinach kilka twardych gruczołów. Narząd oddechowy prawidłowy. Uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu poza linią sutkową. Stłumienie serca powiększone, szczególnie w wymiarze osiowym. Tony serca dość głuche; nad końcem serca I. ton nieczysty. Tętno słabe, wyraźnie nierówne fale, liczba tętna zmienna, 100—120 uderzeń w minucie. W moczu ślad białka, moczany. Leczenie: spokój, chłodnik na okolicę serca, digalen. Po 4 dniach stan lepszy, rozmiary serca mniejsze, tony głośniejsze. Ale czynność serca zawsze jeszcze niemiarowa, tętno słabe, liczba tętna 90. W miejsce digalenu strofantus: obok tego jodek potasu po 3 grm dziennie i wcierania maści rtęciowej. Po dwóch tygodniach rozmiary serca prawidłowe, tony o wiele głośniejsze, czyste.

Do końca czerwca wyżył chory około 80 grm jodku potasu i dostał 30 wcierań. W lipcu kąpiele słone z bezwodnikiem kwasu węglowego.

Po raz ostatni widziałem chorego w połowie października. W sercu żadnych zmian wykryć nie można. Tętno zupełnie miarowe, dobrze napięte. Nawet dalsze marszę nie wywołują przypadłości sercowych.

---

[78]) Hirsch i Spalteholz: Deutsche med. Wochenschr. 1907, str. 790.

Takich przypadków, jak dwa ostatnie, możnaby niewątpliwie naliczyć względnie sporo, gdyby u wszystkich chorych, żalących się na przypadłości ze strony serca, uwzględniano należycie wywiady, oceniano warunki, w jakich powstają t. zw. objawy sercowe, a przedewszystkiem określano nietylko fizyczny stan serca, ale także i jego sprawność, zdolność dostosowywania się przy pracy. Jest to tem bardziej pożądane w tych krajach, względnie w tych okolicach, gdzie kiła pojawia się znacznie częściej, aniżeli gdzieindziej i gdzie tak dobrze spostrzeżenia lekarskie, jak i obrazy sekcyjne, wykazują często przewlekłe zmiany zapalne w mięśniu sercowym.

Rozpoznanie kiłowych schorzeń serca należy niewątpliwie do trudniejszych zadań dyagnostyki, ale trudności tych nie należy nadmiernie przeceniać. Pierwszym krokiem, wiodącym do właściwego ocenienia choroby, jest przypuszczenie, że w danym przypadku istnieć może kiła serca. Odnosi się to zwłaszcza do tych przypadków, w których objawy ze strony narządu krążenia obracają się w kole podmiotowych uczuć chorego i sprawiają wrażenie przypadłości nerwowych.

Z chwilą, kiedy podejrzenie takie powstało, trzeba się pokusić o jego rzeczowe uzasadnienie. Pewną wartość posiadają tu wywiady, ale wartość tylko względną. Powszechnie znaną jest rzeczą, że chorzy niezbyt chętnie przyznają się do przebycia kiły; zdarzać się zresztą może, że zupełnie o niej nie wiedzą. Ale nawet i tam, gdzie chory podaje, że kiłę przechodził, nie można jeszcze przyjmować bezkrytycznie kiłowego pochodzenia choroby serca; koniecznem jest stwierdzenie znamion przebytej choroby, wyśledzenie jej skutków, względnie pozostałych resztek.

Z badań, zajmujących się poznaniem etyologii chorób układu nerwowego zapomocą odczynu Wassermanna, wiemy, że jad kiłowy całemi latami tkwić może w ustroju i wzniecać w nim rozmaite sprawy następowe. O wielkiem ułatwieniu dla rozpoznawania podejrzanych o tło kiłowe chorób mówią obecnie i inne sprawozdania, jak Karewskiego [79]), Baetznera [80]) z zakresu chirurgii, Weinsteina [81]) w chorobach górnych dróg oddechowych, W. Jaworskiego i St. Łapińskiego [82]) wprost już w schorzeniach narządu krążenia. Z podobnem zdaniem spotykamy się także w sprawozdaniach z ostatniego Zjazdu lekarzy w Peszcie.

Najprostszą byłoby przeto rzeczą w każdym podejrzanym przypadku zwracać się do tego swoistego odczynu. Niestety nie zawsze to możliwe, a raczej możliwe tylko rzadko. Trzeba na to odpowiednio zaopatrzonych pracowni, a tych bardzo jeszcze niewiele. O ile to wszakże możliwe, powinno się chorego posłać do takiej pracowni.

Poza tem trzeba się starać przez bardzo dokładne badanie całego ciała wyśledzić, czy niema chociażby drobnych zmian, świadczących o przebytej kile. Szczegóły te nazbyt dobrze są znane, ażeby się nimi obszerniej zajmować. Mniej może jest znany, przynajmniej ogółowi lekarzy, stosunek między zakażeniem kiłowem, a składem krwi. Poznaniem go zajmowało się wielu autorów, z pośród naszych bardzo szczegółowo Wł. Biegański [83]). Z badań tych wynika, że jad kiłowy wywołuje zawsze mniej lub więcej znaczną niedokrwistość, a równocześnie powiększenie ilości ciałek białych. W moich spostrzeżeniach powtarzało się stale to zjawisko. Co do ciałek białych zasługuje jeszcze na uwagę ten szczegół, że zmieniał się stosunek między ciałkami wielojądrzastemi i limfocytami na niekorzyść pierwszych przy równoczesnem zwiększaniu się ilości ciałek eozynochłonnych. W miarę, jak nastawała poprawa, zmniejszała się także niedokrwistość, ilość ciałek białych spadała, limfocytów i eozynochłonnych ubywało. W zjawiskach powyższych szukać można również podstaw, zapewne tylko pomocniczych, dla rozpoznawania kiły.

Objawy ze strony samego serca, względnie ze strony narządu krążenia, nie przedstawiają, ściśle biorąc, nic swoistego. Duszność i napady dusznicy bolesnej, faliste skurcze serca, znaczna oporność uderzenia końca serca, większa siła drugich tonów nad tętnicą główną i płucną, najrozmaitsze zmiany w częstości, kolejności i sile tętna, na które z naciskiem wskazują niektórzy autorowie (Jacquinet [84]), Breitmann [85]), Weber [86]), Herzog [87]), nie są bynajmniej cechujące dla kiły serca. Ale jeśli uwzględnimy szereg okoliczności towarzyszących zjawianiu się tych objawów, ocenimy krytycznie wzajemny ich stosunek do siebie, roztrząśniemy dokładnie możliwe przyczyny choroby, poznamy wszechstronnie wywiady i stan innych narządów, uwzględnimy działanie leków sercowych, wtedy nabrać mogą szczegóły, same przez się i każdy z osobna nie tak doniosłe, w połączeniu z innymi znaczenia rozpoznawczego. To też rozpoznanie kiły serca opierać się zawsze powinno na zbiorze objawów, nigdy na pojedynczych tylko zjawiskach.

Przyznać zresztą trzeba, że nierzadko mimo bardzo starannego badania niepodobna oświadczyć się stanowczo za kiłowem pochodzeniem choroby serca, a z konieczności zadowolnić się trzeba tylko mniej lub więcej uzasadnionem podejrzeniem. Otwarcie o tem mówią bardzo poważni klinicyści, jak Krehl, Romberg, Quincke, Dehio i inni. Znaczne trudności rozpoznawcze podnosi zwłaszcza Curschmann [88]). Ale już samo podejrzenie może mieć zasadnicze znaczenie dla dalszego przebiegu choroby, a w każdym razie uprawnia do tego, aby pójść za wskazówkami Dehia [89]), który w każdym takim wątpliwym przypadku radzi próbować leczenia przeciwkiłowego.

W ocenie skuteczności tego leczenia na dłuższą metę nie należy jednak bynajmniej unosić się zbytnim optymizmem i rokować, w razie dobrego doraźnego wyniku, bezwarunkowo korzystnie także na przyszłość. W pewnej liczbie przypadków zupełnie świeżych wolno niewątpliwie mieć uzasadnioną nadzieję, że zmiany kiłowe ustąpią doszczętnie, albo przynajmniej o tyle, że resztki ich następstw nie będą miały większego znaczenia dla siły i wytrzymałości serca. Zawsze jednak pozostanie mniej lub więcej liczny zastęp chorych, u których już tylko w części usunąć

[79]) Karewski: Berl. klin. Wochenschrift 1908, Nr 1.
[80]) Baetzner: Münch. med. Wochenschrift 1909, Nr 7.
[81]) Weinstein: Deutsche med. Wochenschrift 1909, Nr 39.
[82]) W. Jaworski i St. Łapiński: Przegląd lekarski 1909, Nr 31.

[83]) Wł. Biegański: Archiv f. Derm. u. Syph. T. 24, str. 43.
[84]) Jacquinet: Centralblatt für innere Medicin, T. 17, str. 17.
[85]) Breitmann: Ibidem T. 24, str. 1271.
[87]) Weber: Centralblatt für innere Medizin 1904, str. 881.
[68]) Herzog: Berl. klin. Wochenschrift 1907, Nr 31.
[88]) Curschmann: Schmidts med. Jahrbuch T. 247, str. 97.
[89]) Dehio: Ibidem.

można anatomiczne podstawy choroby serca. To co jest dawniejsze, zorganizowane, jeśli się tak wyrazić wolno, musi pozostać. Serce takich osób niema prawidłowej wytrzymałości, podpadać może łatwiej wpływom szkodliwym, a i granice jego sprawności nie mogą być równe prawidłowym. To też w tych przypadkach, o których wiemy, że choroba trwa już dłużej, gdzie badanie po skończonem leczeniu przeciwkiłowem wykrywa jakiekolwiek zboczenia, należy zawsze rokować oględnie, a w ocenie stopnia dozwolonej pracy, przy kreśleniu wskazówek dla chorych, postępować wstrzemięźliwie.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Leczenie nowotworów).

Caan. **Leczenie nowotworów złośliwych radem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 42). Na przeszkodzie stosowaniu leczenia radem stała dotąd wysoka jego cena (100 mgr kosztuje prawie 20.000 marek). W klinice Czernego przez kilka lat robiono próby z 10 mgr radu; doniósł o nich swego czasu Werner. Korzystne wyniki lecznicze otrzymano przy naczyniakach, brodawkach, bliznowcach, przerzutach raków, przy toczniu i t. p. Obecnie stosować możemy leczenie radem na większą skalę, albowiem wynaleziono znacznie tańsze przetwory, jak radiol, radiogenol i t. p. Stosuje się je w postaci proszku, maści, wstrzykiwań i wody do picia. Leczenie to stosowano w 88 przypadkach raka, 9 mięsaka, 8 mięsaka limfatycznego, 5 nowotworów łagodnych. Co do raka, to na 30 przypadków nawrotu raka sutka, w 23 spostrzegano wybitną poprawę tak przedmiotową, jak i podmiotową. Przy rakach żołądka podawano wewnętrznie wodę emanowaną (100 cm dziennie), a na 14 przypadków w 8 osiągnięto wybitną poprawę podmiotową i przybywanie na wadze. Z mięsaków zwykłych zaledwo w 2 osiągnięto wybitny skutek, natomiast we wszystkich 8 mięsakach limfatycznych osiągnięto zmniejszenie się, a nawet zupełne znikanie guzów. — Chociaż nie można mówić jeszcze przy leczeniu radem o zupełnych wyleczeniach, to jednak możemy mieć pewną nadzieję, że przy kombinowaniu leczenia radem z innymi sposobami uzyskamy w końcu niejakie postępy w leczeniu nowotworów, choćby wybitne poprawy w przypadkach nawrotów lub guzów, nie nadających się do operacyi. K.

Schulz. **O fulguracyi nie nadających się do operacyi raków.** (Münch. med. Wochs 1909, Nr 37). Leczenie raków fulguracyą znalazło ze strony Keating-Harta, Czernego, Pozziego, Jugea i t. p. gorących zwolenników. S. w klinice Küttnera we Wrocławiu zajmował się także tem leczeniem, wyrobił sobie jednak o niem zupełnie inne i to smutne zdanie. Postępował zupełnie podług wskazówek Keating-Harta (aparat firmy Reiniger-Gebbert-Schall, źródło prąd z miasta napięcie 220 Volt, długość snopu iskier 10—20 cm, elektroda z twardego kauczuku, oziębienie kwasem węglowym). Po wstępnej fulguracyi (w uśpieniu) usunięcie tkanki nowotworowej nożem, nożyczkami lub łyżeczką, potem właściwa fulguracya, trwająca od 10 minut do $^3/_4$ godziny zależnie od wielkości miejsca operacyjnego (na 10 cm liczy się minutę). Prócz tego dokładna fulguracya brzegów rany. Ubocznych uszkodzeń i oparzeń S. nie spostrzegał, choć fulgurował wprost nerwy i naczynia. Raz tylko przy fulguracyi w okolicy nerwu błędnego za każdym razem, gdy iskra przechodziła przez nerw, występował nieregularny typ oddechu przemijająco. Ostrożnie postępować należy przy fulguracyi okolicy serca, bo wystąpić może spadek nagły ciśnienia i arytmia. W ten sposób leczył 13 chorych, wykonawszy u nich 22 razy fulguracyę. Z wyjątkiem jednego przypadku raka skórnego (obserwacya do tego jest jeszcze za krótka), zresztą nietylko w żadnym przypadku nie osiągnięto korzystnego wpływu, ale owszem nieraz spostrzegano szybsze występowanie nawrotów. Fulguracya nie działała też łagodząco na bole i odczyszczająco na rozkład guzów. Także opisywanego przez Keating-Harta zmniejszania się zajętych gruczołów S. ani razu nie spostrzegał. Fulguracya działa najwyżej 1 cm w głąb, a na mocy spostrzeganych wyników uważa ją S. za sposób w obecnej formie nie nadający się do leczenia raków. K.

Winckler. **Nieudałe próby z antimeristemem.** (Kankroidin Schmidta). (Med. Klinik 1909, Nr 44). Kankroidyna Schmidta jest to płyn, uzyskany z zabitych hodowli drobnoustroju z grupy śluzowców, wykrytego przez Schmidta i zarodników grzybka mucor racemosus. W ostatnich czasach mnożą się publikacye, donoszące o korzystnem działaniu tego środka przy nowotworach. W. próbował kankroidynę w 3 przypadkach raka przełyku, żadnego jednak skutku nie spostrzegał. Jeżeli się doda, że środek ten jest bardzo drogi, że stosować go należy podług Schmidta aż 113 dni, że wstrzykiwania są bardzo bolesne i pozostawiają po sobie bolesne nacieki przez 2 tygodnie, to wszystko to musi odstręczyć od podobnych prób, zwłaszcza, że jak sam Schmidt twierdzi, nie należy stosować antimeristemu przy charłactwie, nowotworach krwawiących, tam, gdzie jeszcze da się wykonać operacya, dalej przy przerzutach w płucach i opłucnej, lub gdy wśród leczenia występuje spadek ciepłoty poniżej 36°. K.

Ginekologia i położnictwo.

Prof. G. Leopold. **Nowy przyczynek do operacyjnego leczenia połogowego zapalenia otrzewnej i zakrzepowego zapalenia żył.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. I). Na podstawie 18 dawniej ogłoszonych i 3 nowych przypadków tych chorób połogowych, wyraża L. przekonanie, że tak ostre połogowe zapalenie otrzewnej, jak i zakrzepowe zapalenie żył należy leczyć operacyjnie. Leczenie takie jest jednak skuteczne tylko wtedy, jeżeli operacya, polegająca na otwarciu jamy brzusznej celem wypuszczenia ropy, względnie na podwiązaniu żył, zostanie wykonana bardzo wcześnie, w 2. a najpóźniej 3. dniu po wystąpieniu choroby. Doświadczenie wykazało, że w tym czasie, kiedy sprawa jest jeszcze świeża, ustrój, nie zatruty jeszcze toksynami drobnoustrojów ropnych, jest dostatecznie odporny i posiada dość środków samoobrony; dalsze więc trwanie zapalenia przedstawia dla chorej o wiele większe niebezpieczeńsstwo, aniżeli operacya, w tym wczesnym okresie wykonana. E. Ehrenpreis.

Sigwart. **Dalsze doświadczenia nad sposobem Momburga w położnictwie i ginekologii.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z I). Zabieg Momburga polega na sztucznem wywołaniu bezkrwistości w dolnej połowie ciała, przez założenie w pasie węża gumowego. W tym celu przesuwa się pod kręgi lędźwiowe $1^1/_2$ metra niebardzo elastycznego węża gumowego, który się z obu stron ciała bardzo silnie naciąga i w tem napięciu okręca około pasa raz, dwa, a nawet trzy razy, aż krwawienie zupełnie ustanie, poczem zawęźla się węża dwukrotnie; pępek powinien leżeć o ile możności nad wężem, a wąż sam za macicą. Okręcenia należy wykonywać pomału, ale starannie, aby dolna część ciała nie została nagle pozbawiona krążenia (niebezpieczeństwo dla serca), zawsze jednak należy węża o ile możności silnie naciągać, w przeciwnym bowiem razie można, przez ucisk wystarczający dla żył, ale niedostateczny dla tętnic, wywołać przekrwienie bierne i jeszcze silniejszy krwotok. Zabieg Momburga znajduje główne zastosowanie przy krwotokach atonicznych, które nie dały się opanować ani miesieniem macicy, ani sporyszem, ani przestrzykiwaniami, a pozostawała jeszcze tylko tamponada macicy. O ile jednak przy tamponadzie, jeżeli się chce zachować choćby

najkonieczniejsze zasady aseptyki, musi się tracić drogi w tych przypadkach czas na różne czynności przygotowawcze, to zabieg Momburga można wykonać w każdej chwili, co jest zaletą nieocenioną, szczególnie w praktyce prywatnej. Autor podaje 24 przypadków, w których powiodło mu się zabiegiem Momburga opanować najsilniejsze nawet krwotoki atoniczne poporodowe, bez żadnej szkody dla ustroju, w szczególności dla serca i narządów jamy brzusznej, mimo że ucisk trwał czasem przeszło 2 godziny. Średnio wystarczał już kwadrans do $^1/_2$ godziny, aby krwotok po zdjęciu węża więcej nie wystąpił. — W przypadkach, gdzie krwotok w III. okresie porodowym zmusza do ręcznego wyjęcia łożyska, zabieg Momburga może mieć cel podwójny: przez usunięcie krwawienia można się spokojnie przygotować według wszelkich zasad aseptyki, a nierzadko i ręczne wydobycie okaże się niepotrzebne, jeżeli po założeniu węża wystąpią tak silne skurcze macicy, że łożysko ostatecznie samo się odklei i odejdzie: co się tyczy operacyi ginekologicznych, to zabieg Momburga może oddać znakomite usługi przy nieszczęśliwych wypadkach, zdarzających się czasem w przebiegu operacyi drogą pochwową, n. p., jeżeli większe naczynie krwionośne zesunie się z zaciskacza i trudno je później uchwycić, okoliczność, która nas czasem zmusza do dokończenia operacyi drogą brzuszną. Otóż tu można zabiegiem Momburga tak długo zatrzymać krwotok, dopóki operowana nie będzie należycie przygotowana do otwarcia jamy brzusznej. Momburg sądzi, że zabieg jego może znaleść zastosowanie także przy pęknięciach ciąży jajowodowej, jeżeli chodzi o przewiezienie chorej do zakładu leczniczego; autor wątpi jednak, czy to się da praktycznie przeprowadzić, ze względu na wielką bolesność brzucha, objawy podrażnienia otrzewnej i niebezpieczeństwo zgniecenia lub przedarcia jelita, zrośniętego nierzadko z ciężarnym jajowodem. W końcu zastanawia się autor nad pytaniem, czy wobec tak łatwej techniki wykonania i braku wszelkiego niebezpieczeństwa, nie możnaby pozwolić położnym na wykonanie zabiegu Momburga w przypadkach nagłych, w których zmuszone są długo czekać na pomoc lekarską. E. Ehrenpreis.

Vassner. **Melaena neonatorum.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. II). Główny objaw tej choroby, występującej w pierwszych dniach życia noworodków, stanowią krwawienia, których źródło może leżeć poza płodem (melaena spuria) lub w samym płodzie (mel. vera); zależnie zaś od tego, z jakiego narządu płodowego krwawienia pochodzą i jaka jest ich przyczyna, rozróżnia się: »mel. vera nasalis, intestinalis, haemorrhoidalis, traumatica, infectiosa, ulcerosa« i i.; wreszcie te przypadki, gdzie źródła krwawienia ani za życia, ani przy sekcyi znaleść nie można, oznacza się jako: »mel. vera essentialis, v. symptomatica«. Różne są teorye, tłómaczące przyczyny tych krwawień; obwiniano zakażenie, kiłę, choroby serca, zakrzepy, a w ostatnich czasach wystąpił Kundrat z teoryą, według której krwawienia są następstwem przekrwienia błony śluzowej żołądka i jelit, powstałego wskutek zmienionych stosunków krążenia po urodzeniu się płodu; przez rozmiękanie tych miejsc i zadziałanie na nie soku żołądkowego lub jelitowego powstają owrzodzenia, z których krwawienia stają się czasem bardzo silne. Klinicznie występują krwawienia najczęściej jako wymioty i stolce krwawe. Autor omawia jedno własne spostrzeżenie i 67 przypadków, zebranych z piśmiennictwa. Krew pojawiła się tylko w wymiotach 6 razy ze śmiertelnością 83·3%, 20 razy tylko w stolcu ze śmiertelnością 10% i 37 razy w wymiotach i w stolcu, ze śmiertelnością 35·1%; krwawienia trwały średnio 2—3 dni; ogólna śmiertelność wynosiła 32·8%. Leczenie polegało głównie na podawaniu żelatyny, która miała widocznie wpływ dodatni na przebieg choroby, gdyż na 34 noworodków, leczonych żelatyną, zmarły tylko 3 = 88·0%, natomiast na 34, którym żelatyny nie podawano, zmarło 19 = 61·3%. Zauważono także, że w przypadkach leczonych żelatyną krwawienia trwały średnio o 16 godzin krócej, aniżeli w innych. Stosowano żelatynę jużto wewnętrznie, już jako lewatywy, najczęściej jednak w postaci wstrzykiwań podskórnych; nierzadko równocześnie kilku sposobami. Kilkakrotnie dodawano do żelatyny, podawanej wewnętrznie, chlorek żelaza, sporysz, makowiec, lub wyciąg nadnercza 1 : 1000. Do wstrzykiwań podskórnych używano przeważnie 1—2% roztwór wyjałowionej żelatyny z fabryki Merka, i stosowano ją w ilości 10 cm^3, raz, lub nawet kilka razy dziennie; 2 razy stosowano roztwór 5%, a raz 10%. Autor poleca wstrzykiwania roztworów silniejszych, najlepiej 10%, połączyć z podawaniem wewnętrznem 1—2% roztworów, któreby działały odżywczo. Niektórzy umieszczają chore noworodki w cieplarce i podają im nadto ostudzone mleko z piersi matki. Zapobiegawczo radzą nie przykładać noworodków zbyt wcześnie do piersi matki, aby w ten sposób nie dopuścić do wczesnego wytworzenia się soku żołądkowego. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

F. Winkler. **Badania nad powstawaniem uczucia świądu.** (Archiv für Derm. u. Syph. 1909, T. 99). Do wywoływania uczucia świądu używał autor albo pyłku z rośliny »Mucuna pruriens«, albo widełek stroikowych o 100 do 1800 drgnień na sekundę. Widełki te, wprawione w ruch i przyłożone do skóry, wywołują uczucie wibracyi, które z chwilą odjęcia widełek ustępuje, a którego miejsce zajmuje uczucie świądu, występujące zależnie od miejsca drażnienia po 2—20 sekundach, trwające dłuższy lub krótszy czas. W miejscach porażonych n. p. przy histeryi, jakoteż na bliznach głęboko sięgających, niewrażliwych na dotyk i ból, uczucia świądu wywołać nie można, to samo w miejscach, które znieczulono kokainą, mimo, że tutaj uczucie dotyku istnieje. Wstrzykując podskórnie saponinę, znosimy poczucie dotyku, ból i świąd jednak w miejscach tych wywołać się daje. W miejscach obnażonych z naskórka, na ranach otwartych i ziarninach uczucia świądu wywołać nie można, jak również na samym naskórku, oddzielonym od skóry właściwej, n. p. na pęcherzu oparzelinowym, z czego wynika, że, aby swędzenie wystąpić mogło, muszą być nienaruszone części, w których leżą międzykomórkowe zakończenia nerwów. Za komórki, odczuwające swędzenie, uważa W. ciałka dotykowe Merkla, gdyż na ranach, pokrywających się naskórkiem, gdzie jeszcze ciałka owe się nie zróżnicowały, uczucia świądu od bolu odróżnić nie można. W miejscach sztucznie niedokrwionych, n. p. przy pomocy suprareniny, albo ucisku, również swędzenie nie występuje, czem tłómaczy W. występowanie świądu dopiero po odjęciu widełek stroikowych, t. zn. po usunięciu ucisku, ustępowanie świądu podczas tarcia lub drapania miejsc swędzących (Druckreize). Swiąd zdaniem autora stoi w ścisłym związku z narządem naczynioruchowym; im ten jest pobudliwszy, tem uczucie świądu łatwiej daje się wywołać; tem tłómaczy się świąd odruchowy i pochodzenia nerwowego. Dr H. L. Weber.

Fr. Krzyształowicz. **Przyczynek do poznania patogenezy bliznowców** (keloid). (Przegląd chorób skórn. i wen. 1909). Kilka zdań, wyjętych z ostatniego ustępu pracy autora, streszcza ją bardzo dokładnie. Brzmią one: »Niema właściwie różnic zasadniczych, ani klinicznych, ani histologicznych między bliznowcami, które uważa się za samoistne, a powstającymi na tle zmian trądzikowych, a zatem bliznowców, powstających na tle zapaleń około mieszków i gruczołów łojowych; niema bliznowców samoistnych, a istnieją tylko bliznowce w następstwie zapalenia przewlekłego w skórze; zapalenia przewlekłe zaś około torebek włosowych i gruczołów łojowych (perifolliculitis) zdają się być, jeżeli nie jedyną, to przyczyną najczęstszą« ich powstawania. Przytem nie można wyłączyć, że w powstawaniu bliznowców istnieje »albo jakiś usposobienie histologiczne skóry, albo zakażenie miejscowe, n. p. gruźlicze, gdyż stosunkowo częściej spotykamy następowe bliznowce po zapaleniu gruźliczem gruczołów chłonnych, da-

lej po liszajach zołzowych, toczniu, aniżeli po innych przewlekłych sprawach w skórze«. Dr H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 19. listopada 1909.

1) Dr Dembiński przedstawia dwa przypadki **zakrzepu zatoki poprzecznej** i to jeden, ograniczony tylko do tej zatoki, drugi, obejmujący także zatokę jamistą i skalistą.

2) Dr Pomorski przedstawia: a) dwa **skórzaki,** z których jeden, wyjęty u 13-letniego dziewczęcia, zawiera zęby; b) **ciało obce, ołówek,** który dostał się do **dróg oddechowych** dziecka; jedna połowa została wykaszlana, druga wywołała zapalenie oskrzeli, nie można jej jednak wykryć zapomocą rentgenizacyi.

W dyskusyi przytacza Dr Święcicki przypadek, spostrzegany przez siebie w r. 1889, który został opisany w »Gazecie lekarskiej« (torbiel skórzasty u 13-letniej dziewczyny). — Dr Łazarewicz zaznacza, że o krwiaku śródmacicznym w przypadku przedstawionym nie mogło być mowy. Spostrzegał sam przypadek torbiela, gdzie skóra na brzuchu obumarła i trzeba było z niej wielki kawał wyciąć. — Dr Szulczewski jest zdania, że wywiad wskazywał właśnie na krwiak śródmaciczny. Chora zwróciła uwagę na guz dopiero z chwilą skręcenia szypuły. Mowca omawia rozmaite postacie skórzaków i potworniaków (teratoma) i zwraca się przeciw nazwie płodziak (embryoma). — Dr Mieczkowski operował przed 4 laty potworniaka u 12-letniej panienki. — Co do sprawy pochłoniętego ołówka zapytuje Dr Nowakowski, czy została zastosowana tracheotomia górna, czy dolna. Tracheoskopię może zastosować tylko lekarz, mający wielką wprawę. Promieniami Roentgena w tych przypadkach zwykle szuka się ciała obcego za nizko. — Dr Mieczkowski zaznacza, że przez rentgenoskopię łatwo się przekonać o ciele obcem, jeśli jest metalowe. Chorzy często podają, że coś tkwi w drogach oddechowych, a to tylko się tak choremu wydaje. — Dr Dembiński wspomina dziecko, które pochłonęło nasadkę od trąbki; utkwiła ona w zatoce gruszkowatej i grała przy oddychaniu. Nacisk na krtań wystarczył, żeby ciało obce usunąć. Znakomitym znawcą bronchoskopii jest Prof. Pieniążek w Krakowie. — Dr Adamczewski co do przypadku torbiela wspomina, że pierwszy badał ten przypadek. Boleści w brzuchu i wymioty, oraz trudność oddawania moczu objawiły się dopiero na dwa dni przedtem. Poprzednio żadnych dolegliwości nie było. — Dr Łazarewicz zaznacza jeszcze, że w potworniakach tkanki, pochodzące ze wszystkich blaszek zarodkowych, są pomieszane, w skórzakach są ściśle rozróżnione. Potworniaki bywają złośliwe i znajdowano w nich także utkanie nabłoniaków kosmówki oraz tzw. »struma ovarii«, (o której pisał Dr Szulczewski. Ref.).

3) Dr Jezierski przedstawia preparaty z moczu chorego, spostrzeganego wspólnie z Drem Karwowskim. Chory, około 66-letni, cierpi na powiększenie sterczu i zapalenie pęcherza. W osadzie moczu znalazł Dr J. ciałka, które najwięcej mają podobieństwa do jajek tęgoryjca (anchylosftomum).

Dr Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

VI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 30. I. (12. II.) 1909.

(Dokończenie).

Nauka o wyobrażeniu wzrokowem, jako syntezie wrażenia w siatkówce z aktem ruchowym, tłómaczy nam różnicę pomiędzy omamem prawdziwym, a wrzekomym; pseudohalucynacye zachowują się, jak powidoki, halucynacye prawdziwe, jak przedmioty rzeczywiste. (Streszczenie własne).

Prezes dziękuje prelegentowi w imieniu Zgromadzenia za nader ciekawy odczyt.

IV. Prof. Ziemacki wypowiedział rzecz p. t.: **Projekt założenia wolnej wszechnicy polskiej w Petersburgu.** Na wstępie prelegent zaznacza, że myśl stworzenia nad Newą Uniwersytetu polskiego podał Dr Noiszewski. Otóż prelegent w zupełności podzielając tę myśl, przypuszcza, że należałoby skupić swe siły i stworzyć wyższą uczelnię polską z wykładowym językiem polskim. Mówca zastanawia się nad reformą wszystkich zakładów naukowych w Rosyi. Według tej reformy dyplom będzie mieć zupełnie inne znaczenie, nie będzie dawać żadnych prerogatyw do zajmowania miejsc rządowych, jak to jest obecnie. Będą istniały komisye państwowe. Otóż taka wszechnica jest zupełnie na dobie, siły się znajdą nietylko na jedną taką uczelnię; naturalnie tworzenia takich wydziałów, jak n. p. lekarski, techniczny, których działalność połączona jest z wielkimi funduszami, należy zaniechać. Mowca przyznaje, że urzeczywistnienie tego projektu napotka na wiele przeszkód. Mówca wnosi, aby obrać odpowiednią komisyę do rozpatrzenia projektu.

Dyskusya: Prezes Prof. Zaleski: Wnioskodawca sam nie wątpi, że będzie dużo przeszkód do zwalczenia i czyni 2 wnioski: albo poddać tę sprawę zaraz dyskusyi, lub bez dyskusyi oddać ją do komisyi, która może być zaraz wybrana. — Prof. Szawłowski wobec spóźnionej pory proponuje dyskusyę odłożyć na następne posiedzenie. — Doc. Noiszewski: Ponieważ na następnem posiedzeniu mogą być inne osoby, które projektu Prof. Ziemackiego zupełnie nie słyszały, więc mówca musiałby na nowo wyłuszczać tę sprawę; otóż oddanie tego projektu obecnie do komisyi byłoby może stosowniejsze. — Prof. Merczyng, w zupełności podzielając zdanie Prof. Szawłowskiego i Doc. Noiszewskiego, probuje pogodzić te dwa zdania w ten sposób, ażeby Prof. Ziemacki streścił swój projekt, wydrukował i rozesłał swe wnioski wszystkim członkom »Związku« przed następnem posiedzeniem. — Dr Wierciński zrzekł się głosu, ponieważ wniosek jego w zupełności miał odpowiadać tylko co wypowiedzianemu. — Uproszono Prof. Ziemackiego o wydrukowanie projektu i rozesłanie. Rozpatrzenie projektu odroczono do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Dokonano wyborów: członkiem rzeczywistym został obrany Dr Wacław Zawisza, na korespondentów: Dr Włodzimierz Królikowski z Warszawy i Dr Zygmunt Messing z Warszawy. 2) Prezes podaje do wiadomości, iż w Hungenburgu jest do wydzierżawienia lecznica pani Bachmińskiej i Prof. Gałęzowskiego, ewentualnie można ją także nabyć na własność. 3) Odczytano protokół z posiedzenia nadzwyczajnego »Koła pomocy lekarskiej« przy rz. kat. Tow. dobr. przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu z 20. września 1908 roku. 4) Odczytano list od grona studentów Polaków Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu z prośbą o przesyłanie zawiadomień o posiedzeniach »Związku«. Przyjęto do wiadomości. 5) Odczytano list od wiceprezesa Wydziału przyrodniczego p. Jaczewskiego, który składa obowiązki wiceprezesa. Również złożył obowiązki i sekretarz Wydziału przyrodniczego Doc. Smoleński. 6) Odczytano list od p. Szymona Dzierżgowskiego, który składa tymczasowo obowiązki członka Rady z powodu nawału zajęć obowiązkowych. 7) Doc. Noiszewski wnosi, ażeby podnieść zainteresowanie wśród szerszych kół różnych specyalności, urządzając takiego rodzaju odczyty, w których jedna i ta sama sprawa, n. p. leczenie metodą Biera. byłaby rozpatrywana z różnych punktów widzenia, przez różnych specyalistów na jednem i tem samem posiedzeniu. N. p. znaczenie dyety bezsolnej z punktu widzenia internisty, dyeta

bezsolna przy użyciu bromu, przy oderwaniu siatkówki i t. p. — Prof. Ziemacki, w zupełności podzielając to zdanie, obawia się o skutki przez nakładanie pewnych warunków, bo nawet bez nich liczba odczytów nie jest wielka; na przeszkodzie stoi wyłącznie brak poprawności języka. 8) Prezes zwraca się z prośbą do przyrodników, ażeby z większą energią przyłączyli się do ogólnego rozkwitu »Związku«, zaznaczając, że sprawozdanie dzisiejsze z naukowej działalności »Związku« wykazało, jak znaczna ilość odczytów przypada na przyrodników. 9) Dr Uliński zaznacza, że w miesiącu lutym ma się odbyć szereg przedstawień trupy łódzkiej; otóż zwraca uwagę, czyby nie można skorzystać z tej okoliczności i urządzić przedstawienie na szpital polski. Przyjęto do wiadomości.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

81. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Salcburgu 19—25. wrześnta 1909.

Sekcya chirurgiczna.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

1. Exner (Wiedeń). **Przyczynek do patologii przysadki mózgowej.** E. donosi z kliniki Hochenegga o 3 operacyach złośliwych gruczolaków przysadki, dokonanych u 3 kobiet w wieku około 30 lat, okazujących objawy akromegalii. Jedna zmarła po operacyi, u drugiej objawy akromegalii wybitnie ustąpiły, u trzeciej w $1^1/_2$ roku po operacyi skutku jeszcze ocenić nie można.

Akromegalia polega podług E. na nadmiernem wydzielaniu w przysadce; podobnie i tycie, które wywołać można nawet doświadczalnie u szczurów przez wszczepianie przysadek. Zauważono po operacyach powiększanie się gruczołu tarczowego.

W dyskusyi donosi Eiselsberg o 5 przez siebie operowanych przypadkach; jedno zejście śmiertelne w przypadku akromegalii; w 4 innych, należących do typu Froehlicha (tycie, zaniki płciowe), wybitna poprawa.

2. Kuhn (Kassel). **Metale szlachetne, a sprawa katgutu.** Przez napawanie katgutu srebrem osiąga się wprawdzie dokładne odkażenie nitek, ale pęcznieją one potem za silnie; dlatego też poleca K. garbowanie surowego materyału słabym rozczynem jodu. Nitki przez to ulegają trudno wessaniu, bo dopiero w 4—6 tygodni. Cena ich z powodu żmudnej fabrykacyi droższa.

3. Kuhn (Kassel). **Kompresor powietrza dla szpitali.** (Opis przyrządu dla ścieśnienia powietrza w celach usypiania, operacyi pod zmiennem ciśnieniem i t. p., zastępującego wszelkie maszyny powietrzne).

4. Pfeiffer (Graz). **O badaniu i znaczeniu anafilaktycznego niwecznika w surowicy chorych na raka.** Jeżeli świnkom morskim wstrzyknie się najpierw surowicę z chorego na raka, a potem w pewien czas sok, wyciśnięty z nowotworu tegoż osobnika, to następuje typowy spadek ciepłoty (do 34°), jako wyraz zwiększonej czułości. Odczyn ten nie występuje przy mięsakach i nowotworach łagodnych.

5. Bergel (Hohensalza). **O działaniach włóknika.** Włóknik działa przynęcająco na ciałka białe, pobudza ziarninę i tkankę łączną i hamuje rozwój bakteryi. Dlatego też poleca B. używanie proszku włóknika (Merck), jako środka pomocniczego przy leczeniu źle gojących się ran, a w postaci zawiesiny (wstrzykiwania) przy powoli tworzącej się kostninie. Przy rakach wstrzykiwania włóknika wywołują odczyn zapalny, który może w przyszłości uda się wyzyskać leczniczo.

6. Caan (Heidelberg). **Leczenie radem nowotworów złośliwych.** Zupełnie takie same wyniki lecznicze, jak przy użyciu drogiego bromku radu, otrzymuje się przy stosowaniu przetworów, wyrabianych z wód promieniotwórczych (proszek »radio«, radiogen i t. p.).

7. Bumm (Wiedeń). **W sprawie czynnościowego leczenia uszkodzonych.** Leczenie, a raczej wyleczenie czynnościowo uszkodzonych zależy w znacznej mierze od racyonalnego postępowania lekarza, udzielającego pierwszej pomocy. Najlepiej też, gdy lekarz, udzielający pierwszej pomocy, ogranicza się do najkonieczniejszych czynności, jak tymczasowego zatamowania krwawienia i opatrzenia rany, a resztę zostawi już szpitalowi. Unika się przez to przeoczenia wielu rzeczy, jak przeciętego ścięgna i t. p. Podobnie postępować należy i przy pierwszym opatrunku złamań, zwłaszcza powikłanych. Nieodpowiednio założone opatrunki gipsowe przedłużają nieraz leczenie. U uszkodzonych stosować się powinno sposoby leczenia, najprędzej wiodące do celu (opatrunki do zdejmowania, miesienie i t. p.). W dyskusyi nad udzielaniem pierwszej pomocy oświadcza się większość mowców za stosowaniem suchego, jałowego opatrunku.

8. Schmidt (Drezno) omawia choroby powstałe na tle wpływów mechanicznych, termicznych i chemicznych.

9. Eiselsberg (Wiedeń). **O leczeniu wola promieniami Röntgena.** Promienie Röntgena przy wolu niewiele skutkują, a wywołując zrosty i stwardnienia tkanek, utrudniają bardzo późniejszą operacyę, o czem przekonał się E. w 3 przypadkach. — W dyskusyi podaje Necker, że stwierdził to samo po naświetlaniach sterczu.

10) Wilms (Bazyleja). **Odczuwanie bolu w jamie brzusznej i przyczyna kolek.** W. zbija twierdzenie Lennandera, że bolesność w jamie brzusznej pochodzi tylko od otrzewnej ściennej; przeciwnie, o wiele częściej bole, zwłaszcza kolki, pochodzą od naciągnięcia krezki i kurczenia się mięśni gładkich.

11. Finsterer (Grac). **W sprawie operacyjnego leczenia ostrych, zagrażających życiu krwotoków z żołądka.** Wskazaniem do operacyi są częste, powtarzające się i opierające leczeniu wewnętrznemu krwotoki. Połączenie żołądka z jelitem przy wrzodach zbliznowaciałych niewiele pomaga.

12. Fink. **165 operacyi kamieni żółciowych** (statystyka).

13. Ranzi (Wiedeń). **O ciałach obcych w jamie brzusznej.** W jamie brzusznej znaleziono u 22-letniej kobiety, otoczony siecią kawałek cewnika, który dostał się tu z macicy, gdzie wprowadziła go przed 3 miesiącami położna.

14. Wilms (Bazyleja). **Leczenie ropnych zakrzepów żył przy zapaleniu wyrostka robaczkowego przez podwiązywanie naczyń żylnych.** W. omawia odpowiedni przypadek, gdzie z dobrym skutkiem podwiązał żyły poza okrężnicą, wstępującą w krezce w kącie biodrowo-kątniczym.

15. Stieda (Halla). **Zapalenie przy raku wyrostka robaczkowego.** Trzy przypadki, i to u młodych osób. — W dyskusyi Kroh i Exner przytaczają 2 podobne przypadki.

16. Finsterer (Grac). **Skręcenie sieci** (spostrzeżenie kazuistyczne).

17. Necker (Wiedeń). **Kamienie moczowodów,** 8 przypadków. W rozpoznaniu prócz typowych bolów ma znaczenie krwiomocz, cystoskopia i badanie rentgenowskie.

18. Schloffer (Insbruk). **Doświadczenia nad gruźlicą pęcherza i nerek.** Między innemi poleca S. zbadanie naoczne obu nerek od strony lędźwi, gdyż pośrednie sposoby badania sprawności nerek nieraz zawodzą. — Uwagę tę potwierdza Necker.

19. Ranzi (Wiedeń). **Szew naczyń u człowieka.** R. poleca szew podług Garrè-Sticha. 2 kazuistyczne spostrzeżenia szwu tętnicy barkowej.

20. Hacker (Grac). **Postępowanie celem autoplastycznego zastąpienia ścięgien palców.** Przy utracie ścięgien zastępuje je H. sąsiedniemi.

21. Lorenz (Wiedeń). **Odprowadzenie i ambulatoryjne leczenie złamania kości udowej.** L. poleca odprowadzenie w uśpieniu i umocowanie kończyny odwiedzionej, zgiętej i skręconej na wewnątrz.

22—23. Zapomocą projekcyi demonstruje Kuhn wyrób jałowego katgutu, Katholicky obrazy rzadszych cierpień stawowych.

24. Nötzel (Völklingen). **Dalsze badanie nad zachowaniem się gruczołów, zakażonych wessaniem drobnoustrojów.** N. zbija twierdzenie, jakoby gruczoły chłonne były stacyą ochronną, zatrzymującą drobnoustroje. Bardzo często spotykamy drobnoustroje już we krwi, a gruczoły najbliższe ogniska zakaźnego wcale jeszcze nie są zajęte. Zajęcie gruczołów zależy od charakteru zakażenia i jadowitości drobnoustrojów.

25. Jerusalem (Wiedeń). **Przypadłości po wycięciu wyrostka robaczkowego i ich leczenie.** Przypadłości po wycięciu wyrostka są bardzo częste, a występują one nawet u operowanych na zimno, zwłaszcza w tych przypadkach, w których

po operacyi nastąpiło podniesienie ciepłoty. J. odnosi te przypadłości do zrostów i poleca stosować w podobnych przypadkach duże dzwony Klappa, które wywołują przekrwienie powłok i rozluźniają blizny i zrosty.

Dyskusya: Fink odnosi przypadłości po wycięciu wyrostka nie tyle do zrostów, ile do przewlekłego zaparcia stolca, gdyż nie występują one po innych operacyach brzusznych tak często, choć tam również tworzą się napewno zrosty, nieraz nawet i większe, n. p. po operacyach na wątrobie. Storp zaleca skrupulatne zeszywania błony surowiczej i krezki.

26—28. Demonstracye: Wahl (Monachium) i Sandeder (Wiedeń) przyrządy ortopedyczne, Fink (Karlsbad) preparaty anatomiczne.

29. Dohan (Wiedeń). **Urazowy ból lędźwiowy** (*lumbago*). W wielu przypadkach urazowego powstania tego cierpienia wykazać można z pomocą promieni Röntgena wybitne zapalenie zniekształtniające, zwłaszcza w okolicy 4—5 kręgu lędźwiowego i to znaczniejsze po stronie lewej. Zwykle więc chodzi tu o zmiany przewlekłe, a uraz pogarsza tylko już istniejące cierpienie.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Dyskusya sanitarna w Sejmie galicyjskim rozwinęła się w toku rozpraw budżetowych w dniu 21. I. b. r. i zajęła prawie całe dwa posiedzenia tego dnia. Rozpoczął ją poseł dr Kurowiec, podnosząc, że poprzednia dyskusya (w r. 1908) miała dodatnie wyniki, gdyż Wydział krajowy zajął się sprawami, podniesionemi w rezolucyach i w miarę możności je wykonał. Następnie zwrócił mowca uwagę na niedostateczną jeszcze reprezentacyę Galicyi w Najwyższej Radzie zdrowia, na usterki w zwalczaniu chorób zakaźnych (dojazdy lekarzy urzędowych raz na tydzień do miejscowości, dotkniętych epidemią, są niewystarczające), na upośledzenie Galicyi przy rozdziale zapomóg z funduszów rządowych na zwalczanie gruźlicy i wreszcie wniósł rezolucye: 1) w sprawie ściągania kosztów leczenia, 2) o rozpatrzenie przez Wydział kraj. sprawy budowy 2 sanatoryów ludowych przeciwgruźliczych, 3) o założenie rządowego zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi we Lwowie, 4) o reorganizacyę służby lekarskiej okręgowej, doroczną lustracyę okręgów i ogłaszanie sprawozdań z lustracyi, 5) o wyznaczanie celu podróży lekarzom, otrzymującym zapomogi z funduszów krajowych i o ogłaszanie przez Wydział kraj. sprawozdań z tych podróży, 6) o wprowadzenie do szpitali także ruskich SS. Miłosierdzia, 7) o podniesienie subwencyi dla »Narodnoj licznicy« we Lwowie z 1000 na 2000 K.

Posłowie Głąbiński, prezes Koła polskiego w Wiedniu, Starzyński i prof. dr Mars podnosili przewlekanie się sprawy budowy klinik lwowskich i apelowali do Wydziału kraj., aby ze swej strony przyspieszył tę piekącą sprawę. Członek Wydziału kraj., p. dr Bernadzikowski wyjaśniał przyczyny tego przewlekania się, broniąc Wydziału kraj. przed podnoszonymi zarzutami.

Poseł Lewicki zaznaczył, że rezolucya w sprawie Najw. Rady zdrowia byłaby bezprzedmiotową, bo reorganizacya Rady już nastąpiła, domagał się zaś powołania Rusinów do Kraj. Rady zdrowia, poczem omawiał usterki zakładu w Kulparkowie i potrzebę rychłej budowy szpitala zakaźnego we Lwowie. Potrzebę tę podnosił również p. Ciuchciński, (prezydent m. Lwowa), podkreślając ofiary, poniesione na ten cel przez gminę, oraz wnosząc, by wezwać Wydział kraj. do zbudowania wszystkich potrzebnych (8—9) pawilonów w ciągu lat pięciu.

Inni mowcy poruszali głównie konieczną potrzebę energiczniejszego zwalczania epidemii, a to głównie zapomocą szybszej organizacyi okręgów sanitarnych i nałożenia na lekarzy okręgowych większych obowiązków przy równoczesnem zwiększeniu ich płac. W tym kierunku przemawiali posłowie Staruch, Myroniuk-Zajaczuk i Sandulak, kładąc nacisk na epidemię kiły w Huculszczyźnie, p. Winniczuk, p. Cipser, który domagał się ostrego odosobniania chorych zakaźnych, zanim będą zbudowane pawilony epidemiczne, oraz p. Tracz, który dotknął także sprawy asanacyi kraju, instrukcyi lekarzy okręgowych, popierania przez kraj uzdrowisk galicyjskich, oraz przyspieszenia akcyi co do budowy nowych szpitali. Potrzebę udoskonalenia szpitalnictwa omawiał szerzej p. Stojałowski, wytykając nadmierną oszczędność i sądząc, że przy tychsamych wydatkach można osiągnąć lepsze wyniki przez racyonalniejszą gospodarkę.

Sprawozdawca p. dr Jabłoński poparł żądania w sprawie budowy klinik lwowskich. Przyjęto wniosek p. dra Kurowca o podwyższenie subwencyi dla »Narodnoj licznicy«, p. Dembowskiego o wyznaczenie 4000 K na pokrycie kosztu udziału kraju w wystawie higieny szkolnej w Paryżu, a wniosek p. prof. dra Marsa o pokrycie całego niedoboru szpitala św. Zofii we Lwowie, przechodzącego na własność kraju, odesłano do komisyi budżetowej zgodnie z propozycyą wnioskodawcy.

Co do rezolucyi p. dra Kurowca, których przyjęciu sprzeciwił się p. dr Bernadzikowski, ponieważ sprawy, objęte rezolucyami, częściowo były już przedmiotem osobnych ankiet, a częściowo są załatwione lub w toku (z zapatrywaniem tem polemizował jeszcze p. dr Kurowiec w drugiem przemówieniu) — to rezolucye te na wniosek p. Pinińskiego odesłano do komisyi budżetowej z poleceniem zdania sprawy w obecnej jeszcze sesyi.

Cała dyskusya, o ile można ocenić ze sprawozdań dziennikarskich, nie stała, jak się zdaje, na wysokości zadania; odnieśćby można wrażenie, że główny nacisk padł w niej jeszcze więcej, niż w r. 1908, na pewne tylko szczegóły, niewątpliwie bardzo ważne, ale wobec których nie powinnyby inne sprawy schodzić na plan drugi. Dodatnią stroną było silne zaznaczenie piekącej potrzeby budowy klinik lwowskich, uzupełnienia i reorganizacyi służby lekarskiej okręgowej łącznie ze sprawą instrukcyi dla lekarzy okręgowych i polepszenia ich bytu; ujemną stroną — pewne zabarwienie polityczne, któregoby w interesie samejże sprawy należało unikać, brak dokładnej oryentacyi w obecnym stanie działalności sanitarnej kraju u niektórych, brak odpowiedniego przygotowania u innych mówców. Nie było też widać dążności do ujęcia przedmiotu z ogólniejszego punktu, do wzniesienia rozpraw na poziom dyskusyi programowej, jakiej w tych sprawach dotychczas naprawdę w Sejmie nie było; to jednak da się tem wytłómaczyć, że dyskusya sanitarna była tym razem tylko niejako intruzem wśród rozpraw budżetowych i że — niema jeszcze w Sejmie naszym dostatecznego gruntu do takiego oświetlenia higieniczno-społecznych zadań kraju, jakie się im należy. Charakterystyczna pod tym względem jest okoliczność, że poseł Starzyński uważał za konieczne jeszcze zwracać uwagę, iż »gatunek istot, zwany człowiekiem, zaznaje stosunkowo mniejszej opieki, niż inne istoty żyjące« i że rezolucye p. dra Kurowca odesłano do rozpatrzenia — tylko komisyi budżetowej, pomijając komisyę sanitarną! R.

Sprawozdanie sanitarne z m. Mielca za r. 1909 podaje lekarz miejski w słowach następujących: »Wyodrębnienie tutejszej gminy sanitarnej, o które gmina wniosła podanie do namiestnictwa w r. z., dotąd nie nastąpiło. Rok 1909 był niepomyślny, gdyż panowały epidemie płonicy, odry, krztuśca, czerwonki (w powiecie bardzo znaczna, w mieście tylko kilka przypadków); błonicy i duru brzusznego było po kilka przypadków. Baraki epidemiczne, wybudowane w r. 1908, przydały się kilkakrotnie do odosobnienia chorych na płonicę. — Na 5000 ludności umarło 125 osób, z tego prawie połowa przypada na dzieci, zmarłe przeważnie z zapalenia płuc po odrze i płonicy i na zapalenie płuc samoistne (30), z nieżytu jelit (21); 2 dzieci zmarło na gruźlicze zapalenie opon; niedonoszonych 8. U dorosłych przyczyną śmierci był uwiąd starczy (18), wady serca (5), zapalenie płuc (3), rozedma płuc (4), dur brzuszny (2), rak (3), cukrzyca (1), gruźlica płuc (11), zapalenie nerek (1), udar mózgowy (9), miażdżyca (4), oparzenie (1), samobójstwo (2). — Z powodu braku funduszów zaniechała gmina wiercenia studni, zaczętego w r. 1908, a kanałów zbudowano tylko 200 m.; wybrukowano rynek i jedną ulicę. Brak kanalizacyi w większej części miasta daje się dotkliwie odczuwać, jako wielki brak sanitarny«. Dr. Józef Sternberg.

Osobnej ustawy o usypianiu domaga się Hewitt. Przedewszystkiem powinno być wzbronione usypiać nie lekarzom, a dalej usypiać tej samej osobie, która równocześnie ma operować (n. p. dentysta). W szpitalach chirurgicznych powinny być wprowadzone posady osobnych narkotyzerów. X.

Przy warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich rozpoczęła swą działalność z d. 1. I. 1910 kasa dla chorych lekarzy, do której zapisało się około 200 członków.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910.

I w tym roku podobnie, jak w poprzednich, Wydział Związku lekarzy rozesłał do wszystkich Kolegów po 50 znaczków

receptowych z prośbą o zakupno ich i używanie, ewentualnie nadesłanie daru na fundusz wdowi i sierocy im. Jordana, do którego wpływają dochody ze znaczków. I podobnie, jak w poprzednich latach, ofiarność kolegów nie zawiodła, składki płyną obficie, a Administracya znaczków receptowych już w styczniu b. r. odesłała do skarbnika Związku kwotę 1000 koron, by ją przyłączono do wspomnianego funduszu.

Wydział Związku dziękuje serdecznie tym Kolegom, którzy już składkę na rok bieżący przesłali i prosi usilnie resztę Kolegów, by czekiem lub w razie zagubienia go przekazem pieniężnym nadsyłali składki pod adresem Administracyi znaczków receptowych (Kraków, Floryańska 22, II piętro). Odsetki wspomnianego funduszu są przeznaczone na stałe zapomogi lub pensye dla najbardziej pomocy potrzebujących wdów i sierót po zmarłych naszych Kolegach, a jest ich spora liczba. Toteż fundacyi, przeznaczonych na pomoc dla wdów i sierót, niema i nie będzie nigdy zawiele, a każdy z nas wie, jak ciężką bywa dola niezaopatrzonych rodzin po zmarłych Kolegach i jak usilnie dążyć powinniśmy do zabezpieczenia wdowom naszym i sierotom skromnych choćby zasiłków.

W bieżącym roku nadesłali:

Po dwie korony: dr. dr.: H. Sokołowski, prym. Krokiewicz (2 K 50 h), Blassberg, B. Engländer, prof. Piltz, Pietrzycki, F. Eisenberg, J. Goldberger, S. Aronsohn, H. Weber, W. Wernikowski, T. Litwinowicz, K. Mitschka, E. Eichel, M. Puza, W. Margulies, Ciepielowski, C. Komorowski, C. Dolnicki, O. Hoffner, K. Zaleski, Józef Kadyi, R. Spira, W. Weissglas, I. Mehrer, prof. H. Kadyi, N. Herzig, A. Lukas, S. Kwiatkiewicz, R. Urbanik, N. Lilien, Fr. Kmietowicz, J. Walczyński, K. Budzyński, S. Nawrat, E. Kostyal, Rafał Landau, O. Lang, prof. Majewski, prof. Ciechanowski, Bruno Wojciechowski. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. I. do 29. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 5, Olesza 1, Barysz 1), Czortków (Bazar 5, Krzywołuka 1), Horodenka (Niezwiska 1, Żywaczów 1), Jaworów (Jaworów 1, Wierzbiany 3), Kałuż (Chocin 6, Dołżka 1), Peczeniżyn (Peczeniżyn 1), Rawa (Szczerzec 1), Skałat (Skałat 4, Zielona 1), Stryj (Podhorodce 4), Zborów (Kudobińce 1, Podhajczyki 5), — ospy pow. Tarnobrzeg (Chwałowice 1, Witkowice 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. I. do 29. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 12 † 2 (4 † 1), odry 1, duru brzusznego 11 (8), nagm. zapalenia przyusznic 6. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 2. I. do 15. I. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 69 † 18, odry 12, płonicy 15 † 3, błonicy 19 † 4, róży 17, duru plamistego 25 † 1, duru brzusznego 38 † 4. (Gaz. lek. Nr 5).

I. Zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie.

Zawiązane w lipcu 1907 na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie Towarzystwo okulistów polskich uchwaliło odbyć swój pierwszy Zjazd w Krakowie i wybrało komisyę wykonawczą, złożoną z r. dr. prof. Wicherkiewicza, jako prezesa, prof. dr. Macheka, prof. dr. Bednarskiego, r. dr. Bałłabana i prof. dr. Majewskiego. Z powodu zjazdu lekarzy czeskich w r. 1908, a międzynarodowych zjazdów okulistycznego i ogólnolekarskiego w r. 1909, nie mógł dotąd dojść do skutku I. Zjazd okulistów polskich. Obecnie Komitet miejscowy, działający w Krakowie pod przewodnictwem r. dw. prof. Wicherkiewicza, a do którego należą prof. K. W. Majewski, jako sekretarz, dr Witaliński, jako skarbnik, dr Rosenhauch (kierownik biura), dr Kleczkowski (kierownik wystawy) i dr Szafnicki (kierownik gospodarczy), ogłasza, że I. Zjazd polskich okulistów odbędzie się w lipcu 1910 i prosi Kolegów o podawanie tematów zamierzonych wykładów. Biuro Zjazdu znajduje się w klinice okulistycznej (Kraków, ul. Kopernika 40).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następujące pisma:

»Biblioteka Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pragnie uzupełnić swój zbiór roczników »Kalendarza lekarskiego krakowskiego«, w którym brak jej lat 1892, 1897 i 1909 i uprasza Kolegów, którzyby przypadkiem posiadali jeszcze »Kalendarz« z tych lat, obecnie im niepotrzebny, aby zechcieli go łaskawie ofiarować dla uzupełnienia zbioru.

Bibliotekarz: Dr Blassberg«.

»Zarząd Biblioteki Towarzystwa lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie koledze Drowi Podobińskiemu za cenne dzieła i roczniki, ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg«.

— Naczelny lekarz miejski, dr Janiszewski, prosi nas o zawiadomienie Kolegów zamieszkałych w Krakowie, że słuszne żądanie, aby w jednej przynajmniej z aptek był na każde zawołanie lód dla użytku chorych, zostało spełnione. Mianowicie apteka p. f. Wiszniewskiego zobowiązała się utrzymywać czysty lód sztuczny dla chorych i sprzedawać go po umiarkowanej cenie w każdej porze dnia i nocy.

— Inspektor sanitarny z Bośni, Dr Roman Sopiński, przechodząc na własne żądanie w stan spoczynku, mianowany został radcą rządu.

Warszawa. W ambulatoryum szpitala Dzieciątka Jezus udzielono w r. 1909 46.600 porad, w tem 16000 opatrunków chirurgicznych; w ambulatoryum pracowało 19 lekarzy, bezpłatnie, a tylko jeden z nich otrzymał tytuł (bezpłatnego) ordynatora, inni nie otrzymali nawet tytułów. Lekarstw bezpłatnych wydano 33500 z apteczki, obsługiwanej przez jedną jedyną zakonnicę; na całe ambulatoryum jest wszystkiego dwoje służby. (Gaz. lek. 5). Wyzysku lekarzy i służby dalej chyba posunąć niepodobna!

— Termin nadsyłania życiorysów i spisu prac do »Słownika lekarzy polskich«, wydawanego przez »Medycynę i Kronikę lek.«, przedłużono do 1. VII. 1910.

— »Medycyna i Kronika lekarska« ogłasza 3 konkursy o nagrody z daru dr. Majkowskiego, Rzętkowskiego i Kopytowskiego za najlepsze prace, drukowane w tem piśmie w r. 1910. Nagrody wynoszą za prace oryginalne po 100 rb., za najlepsze wykłady kliniczne lub streszczenia zbiorowe po 50 rb. Sąd konkursowy ustanowi Komitet redakcyjny pisma. Wynik konkursów ogłoszony zostanie na Nowy Rok 1911, co do konkursu z daru dra Kopytowskiego (prace z zakresu chorób wenerycznych i skórnych) na Nowy Rok 1912.

— Oddział częstochowski Towarzystwa higienicznego wszedł już w posiadanie placu, ofiarowanego na budowę łaźni ludowej przez p. Basińską i zobowiązał się postarać o zbudowanie łaźni w ciągu lat 3. Plany są już wypracowane przez inż. Fijałkowskiego i Bielskiego.

— W gubernii radomskiej działa obecnie 7 szpitali o 226 łóżkach, na których rocznie leczy się 3500—4000 chorych. Dwa szpitale są w Radomiu, po jednym w Sandomierzu, Staszowie, Opatowie, Opocznie i Iłży; dwa powiaty zaś nie mają wcale szpitali. Roczny wydatek na szpitale wynosi 69.778 rb. Gubernialna Rada dobr. publ. posiada na budowę szpitali w Końskich 28.277 rb., w Kozienicach 13.056 rb., w Ostrowcu 2.585 rb. i małe fundacye prywatne na urządzenie przytułków w Radomiu, Opatowie, Końskich, Kozienicach, Szydłowcu, Przedborzu i w osadzie Lipsko.

Łódź. W Towarzystwie lekarskiem na wyborach dorocznych w dniu 5 stycznia powołano: na prezesa A. Kruschego, na wice-prezesa S. Sterlinga, na sekretarza I. — E. Sonnenberga, na sekretarza II. A. Tomaszewskiego, na bibliotekarza I. Z. Prechnera, na bibliotekarza II. W. Jasińskiego, na skarbnika W. Littauera, na sekretarza stałego Ksawerego Jasińskiego, do sądu korporacyjnego na najbliższe trzechlecie: J. Grabowskiego, Ks. Jasińskiego, I. Perlisa, W. Pinkusa i S. Sterlinga.

Z różnych stron. Magistrat wiedeński polecił lekarzom donosić w 4-tygodniowych raportach dopóty o wszystkich przypadkach ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia (»poliomyelitis anterior acuta«) aż chorzy nie zostaną wypuszczeni zupełnie z opieki lekarskiej.

Zmarli: Dr Wojciech Michał Glaubicz-Rokossowski, lekarz kolejowy i okręgowy w Sądowej Wiszni, w 39. r. ż.; padł prawdziwie na posterunku, nabawiwszy się tyfusu przy tłumieniu epidemii w powiecie, poczem rozwinęła się ciężka choroba nerkowa, która położyła kres życiu pełnego poświęcenia lekarza i obywatela.

Doroczne Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych odbędzie się **we Lwowie w d. 12. i 13. lutego 1910** w sali **Towarzystwa lekarzy galicyjskich** (ul. Dominikańska

Nr 11. Na porządku dziennym oprócz sprawozdań i wyborów znajdują się wykłady Prof. Kučery, Dra Friedberga, Dra Godłowskiego, Dra W. Czyżewicza, Dra Janikiewicza i Prof. Jurasza.

W dniu 11. lutego 1910 w lokalu **Biblioteki Medyków** (Kolegium Nowodworskiego) odbędzie się odczyt prof. dra E. Godlewskiego (jun.) p. t. »Geneza płci«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Feolathan. Dr Winternitz: »Przyczynek do leczenia żelazem« (Wiener klin. Rundsch. Nr. 46. 1909). Niepowodzenie, jakiego wiele przetworów białkanów żelaza w praktyce doznało, stało się pobudką do sporządzenia »feolathanu«, nowego przetworu żelaza. — Feolathan jest siarkanem żelazawo-amonowym, w którym kwas siarkowy podstawiono kwasem mlecznym i tym sposobem żelazo związane nieorganicznie przeprowadzono w związek organiczny, łatwo ulegający w ustroju przyswojeniu z usunięciem szkodliwych działań, właściwych białkanom żelaza. — Skutkiem łatwej rozpuszczalności feolathanu, wessanie i przyswojenie następuje bardzo szybko.

Autor stosował skutecznie feolathan w niedokrwistości, w blednicy, w niemocy nerwowej, w histeryi i w gruźlicy, przyczem zauważył zwiększenie się ilości hemoglobiny i ilości czerw. ciałek krwi, jak również zmniejszenie się uczucia osłabienia i bólów głowy. Apetyt się wzmagał, i wogóle wyniki leczenia feolathanem wykazały znaczne korzyści.

Feolathan, wyrabiany w postaci pigułek, podawać należy 3 r. dz. po 2—3 pig. Hr. W.